



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Marita Pedersen Hauge og Anne Mette Engebretsen

Bachelor i sykepleie

”Å være sin egen medisin”

“To be your own medicine”

Veileder: Anne Grethe Kydland

Antall ord: 13452

**BASY2012, kull 124
2015**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Introduksjon

Tittelen er: "Å være sin egen medisin". Oppgaven handler om hvordan god sykepleie kan bidra til styrket egenomsorg ved diabetes type 2. Den er begrenset til personer over 60 år, som mottar hjemmesykepleie. Problemstillingen er: *Hvordan kan sykepleieren styrke den hjemmeboende brukers egenomsorg, ved nyoppdaget diabetes type 2?*

Hensikt

Som nyutdannede sykepleiere skal vi kunne gi hensiktsmessig veiledning og opplæring. Dette kan styrke brukernes egenomsorg, forebygge senkomplikasjoner og bevare livskvaliteten. Dette er nødvendig, da ansvar for egen helse blir mer og mer vektlagt i dagens samfunn med høyt press på helsevesenet.

Metode

Oppgaven er en litteraturstudie, og er derfor basert på relevant faglitteratur og forskning på området. Det er anvendt pensumlitteratur, og den selvvalgte litteraturen er skrevet av forfattere som er anerkjente på sitt fagfelt. De sju forskningsartiklene er i funnet i databaser som er godkjent av Høgskolen i Hedmark.

Diskusjon

I første del av drøftingen ser vi hvordan Dorothea Orems sykepleieprosess kan benyttes. Brukermedvirkning og relasjonen mellom sykepleier og bruker er vektlagt, og vi diskuterer videre utfordringer ved ivaretagelse av egenomsorg i hjemmesykepleien. Gjennom hele drøftingen brukes forskning, litteratur og egne erfaringer for å belyse problemstillingen.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Presiseringer og begrensninger i oppgaven.....	7
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2. Metode.....	9
2.1 Litteratursøk.....	9
2.2 Presentasjon av forskningsartikler.....	10
2.3 Kildekritikk og etiske vurderinger.....	13
3 Diabetes.....	15
3.1 Diabetes type 2	15
3.2 Årsaker.....	16
3.3 Behandling.....	16
3.3.1 Fysisk aktivitet	16
3.3.2 Kosthold	17
3.4 Senkomplikasjoner	18
3.5 Livskvalitet	19
4 Sykepleie	21
4.1 Brukermedvirkning.....	21
4.2 Hjemmesykepleie	22
4.3 Læringsprosessen.....	23
5 Sykepleieteori.....	25
5.1. Egenomsorg	25
5.2 Egenomsorgsbehov.....	25
5.3 Egenomsorgssvikt.....	26
5.4 Hjelpemetoder	27
5.5 Sykepleiesystemer	27
6 Drøfting	29
6.1 Sykepleiediagnose	29
6.2 Planleggingsprosessen	30
6.3 Sykepleieintervensjon.....	31

6.4	Evaluering.....	33
6.5	Relasjon mellom bruker og sykepleier	34
6.6	Utfordringer	36
7	Konklusjon	40
	Referanser.....	42
Vedlegg 1	PICO-skjema	
Vedlegg 2	Søkehistorikk SveMed+	
Vedlegg 3	Søkehistorikk SveMed+ forts.	
Vedlegg 4	Søkehistorikk SveMed+ forts.	
Vedlegg 5	Søkehistorikk Cinahl	

1. Innledning

Diabetes er et økende problem, både nasjonalt og globalt. Årlig dør 1,5 millioner mennesker av sykdommen, i tillegg kommer de tilfellene hvor diabetes er en medvirkende årsak. Gener og livsstil er hovedårsakene til diabetes type 2. Overvekt og inaktivitet er et stadig økende problem, derfor vil forekomsten av diabetes fortsette å stige dersom det ikke settes inn tiltak nå (World Health Organization [WHO], 2015). Vår litteraturstudie har fokus på personer med nyoppdaget diabetes type 2. Vi vil finne ut hvordan vi som sykepleiere kan sette disse i stand til å ta ansvar for egen helse, slik at de kan unngå senkomplikasjoner.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge anslås det at rundt 350.000 personer har diabetes type 2 og av disse er det en tredjedel som ikke er klar over at de har sykdommen. Det er 7000 personer i Norge som får diagnosen hvert år. Det brukes 9 milliarder kroner til behandling av diabetes årlig, av dette er det ca 75 % som går til behandling av senkomplikasjoner (Diabetesforbundet, 2014a). Dette gjør at det er et stort behov for sykepleie. Hvert år må mellom 800-1000 personer i Norge få utført en amputasjon av tær eller føtter på grunn av diabetes. Diabetespasienter har 34 ganger så stor risiko for amputasjon enn andre (Helsedirektoratet, 2009).

Regjeringen har som satsingsområde å redusere antallet nye tilfeller av diabetes type 2. Dette innebærer å informere befolkningen om tidlige tegn på sykdommen og utvikle nye metoder for rask identifisering. Det er også et mål å redusere senkomplikasjoner, ved å bedre undervisningen til pasienter og pårørende. Rapporten sier at alt ikke kan gjøres i sykehus eller på legekontorer, derfor må kommunen bidra i større grad enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kommunen er lovpålagt å sørge for at alle innbyggerne får nødvendig helsehjelp. De skal søke å fremme helse og forebygge sykdom gjennom opplysning og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Et av hovedpunktene i Samhandlingsreformen er at kommunen skal ha større fokus på forebygging og å sette inn tiltak tidlig i sykdommens forløp. I tillegg skal det settes fokus på befolkningens ansvar for egen helse og brukermedvirkning står også sentralt (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011).

Vi ser det som nødvendig å ta ansvar som snart ferdigutdannede sykepleiere, ved å sette våre brukere i stand til å bedre ivareta sitt liv med diabetes. Gjennom våre praksisperioder har vi

møtt mange personer med diabetes. Våre erfaringer er at det er mange ressurssterke mennesker med denne sykdommen som klarer seg godt uten særlig hjelp fra helsevesenet. Det er likevel noen pasienter som fester seg til hukommelsen, og det er de som ikke mestrer, de som ikke får den hjelpen de skulle hatt og de som ikke ønsker hjelpen, selv om de allerede har utviklet komplikasjoner. Disse har vi møtt på sykehus og i hjemmet, og vi har sett hvor store ødeleggelser dårlig regulert diabetes kan gjøre på et menneske. Under vår praksisperiode på karkirurgisk avdeling møtte vi en pasient som gjorde inntrykk på oss. Han hadde over lengre tid ikke tatt hensyn til sin diabetes, og det viste seg at han hadde liten innsikt i sykdom og behandling. Pasienten hadde takket nei til hjemmesykepleie og det var lang tid siden han hadde fått noe oppfølging fra fastlege. Dette resulterte i at han ble innlagt med store nekrotiske fotsår, og måtte amputere flere tær. Sykehusoppholdet varte i om lag fire uker med gjentatte sårrevisjoner og store smerter. Dette er en av våre mange opplevelser, men for de fleste går det ikke så langt som hos denne pasienten. Likevel er det en del som sliter med å tilpasse seg sykdommen, med senkomplikasjoner og nedsatt livskvalitet som resultat.

Vi lurer på hvordan vi kan motivere, veilede og undervise disse pasientene for at de selv skal ta større del i sin diabetesbehandling. Hva er hjemmesykepleierens rolle og ansvar? Har personer med diabetes fått tilstrekkelig kunnskap og forståelse for diabetes og blodsukkerregulering? Det er mange spørsmål vi sitter igjen med etter sykepleierpraksisene de tre siste årene, og vi vil nå gå dypere inn i dette temaet. Slik håper vi å møte våre pasienter med forståelse og kunnskap.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Tema for oppgaven er sykepleie til pasienter med egenomsorgssvikt i forhold til sin diabetes. Vi vil ta opp dette da vi ser at manglende egenomsorg fører til alvorlige senkomplikasjoner. Dette bidrar til redusert livskvalitet for pasienten og økt ressursbruk for samfunnet da det kreves aktiv og ofte langvarig behandling. Sykepleierens funksjon er å formidle kunnskap og gi veiledning for å gjøre pasienten i stand til å ta vare på seg selv i størst mulig grad.

Vår problemstilling er:

Hvordan kan sykepleieren styrke den hjemmeboende brukers egenomsorg, ved nyopplaget diabetes type 2?

1.3 Presiseringer og begrensninger i oppgaven

I denne litteraturstudien vil vi se nærmere på brukere over 60 år med behov for hjemmesykepleie. En årsak til at noen med diabetes type 2 mottar hjemmesykepleie kan være fotsår eller administrering av tabletter. Vi velger å ikke ta for oss komplikasjoner eller medikamentell behandling i drøftingen. Eksemplet er kun ment for å vise at for å få hjemmesykepleie må det være et reelt behov for det. Vi fokuserer på hvordan vi som sykepleiere kan kartlegge, veilede og undervise ut fra den enkeltes brukers behov og livssituasjon. Gjennom dette ønsker vi å øke brukers kunnskaper og innsikt i egen sykdom. Vårt mål er at dette skal styrke egenomsorgen. Vi kommer til å ha størst fokus på oppstartfasen hos denne brukergruppen. Denne vil variere fra person til person avhengig av den enkeltes behov og evne til læring. Begrepet bruker benyttes når vi skriver i sammenheng med hjemmesykepleie ellers brukes pasient i den generelle teorien. Begrepene vil derfor komme litt om hverandre.

Vi har valgt å drøfte opp mot Dorothea Orems sykepleieteori. Hun sier at sykepleie skal fremme normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Ivaretagelse av pasientens egenomsorgsbehov er et delmål. Dette kan gjøres av pasienten selv, pårørende eller sykepleier. Kartlegging av enkeltmenneskets ressurser og muligheter er vesentlig for å kunne sette et mål for sykepleien. Tiltakene må evalueres kontinuerlig under prosessen, da egenomsorgskapasiteten kan endres underveis. Vi ser at Orems sykepleieteori er svært aktuell i dag med tanke på utfordringer og økt press på helsevesenet. Det blir stadig viktigere å sette pasientene i stand til å ta vare på seg selv gjennom å øke kunnskapen ved veiledning og støtte. Orems teori er omfattende og vi har derfor valgt ut det vi ser på som relevant for vår oppgave. Vi har fokus på egenomsorgssvikt, egenomsorg og sykepleiesystemer. Disse vil vi gjøre rede for i teoridelen av oppgaven vår.

1.4 Oppgavens disposisjon

Denne litteraturstudien er bygd opp etter Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer og består av en innledning, en hoveddel og en avslutning. Oppgaven er delt opp i 7 kapitler med tillegg av sammendrag, referanseliste og vedlegg. Første kapittel består av innledning hvor valg av tema presenteres i tillegg til sykepleiefaglig relevans. Det inneholder også problemstillingen og avgrensning av oppgaven. Kapittel to beskriver metode og framgangsmåte for

litteratursøk, samt en presentasjon av valgt litteratur og kritikk av denne. Tredje kapittel er en teoridel om sykdommen diabetes og sykepleie til denne gruppen blir beskrevet i fjerde kapittel. Det femte kapittelet tar for seg sykepleieteori til Dorothea Orem. Drøfting av problemstillingen opp mot funn i forskning, sykepleieteori og egne erfaringer kommer i kapittel seks. Sjuende og siste kapittel er en konklusjon på våre funn og dermed svar på problemstillingen.

2. Metode

Metode beskrives som en måte for å finne fram til kunnskap på, for så å vurdere denne kritisk (Dalland, 2013). I begrunnelsen av metoden skal vi derfor vise hvordan våre funn kan bidra til god praksis. Vi har anvendt både kvantitativ og kvalitativ forskning i denne litteraturstudien, fordi disse sammen kan gi en helhetlig forståelse av problemet. Den kvantitative forskningen omhandler mange personer og kan tallfestes. Kvalitativ forskning er utført i en mindre gruppe og går dypere inn i deres subjektive opplevelse (Dalland, 2013).

2.1 Litteratursøk

I vår oppgave har vi i tillegg til pensumlitteratur brukt bøker som går mer konkret på temaet diabetes. Disse har vi kommet fram til gjennom søk i høgskolens database og ved søk i Oria på ordene diabetes type 2 og Orem. Noen bøker fikk vi tips om av forelesere som vi fant ved å søke direkte på tittelen. Vi lette også gjennom hyllen med diabetesbøker på høgskolens bibliotek og fant på denne måten bøker vi har inkludert i oppgaven.

Vi har også benyttet oss av tall og statistikk fra WHO, Diabetesforbundet og Helsedirektoratet. Dette er kilder vi har vurdert som valide. I tillegg til dette har vi brukt lovverk som er relevant for oppgaven og oss som sykepleiere. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer fra Norsk Sykepleierforbund ser vi også på som aktuelt.

For å finne forskningsartikler benyttet vi oss av databaser vi fant gjennom høgskolens bibliotek på internett. Vi startet søket i Cochrane Library da denne databasen inneholder oppsummert forskning. Disse artiklene så vi på som for generelle og ikke relevante for vårt tema da de ikke kom fram til noen konklusjon, og vi valgte derfor å utelate disse. Da dette ikke gav oss artikler vi anså som aktuelle for vår problemstilling, valgte vi å søke i Cinahl og SveMed+. Disse databasene inneholder enkeltstudier. Cinahl har referanser til internasjonal litteratur innen sykepleie og SveMed+ viser til artikler om medisin og helse fra nordiske tidsskrifter. Vi benyttet oss av PICO-skjema for å finne relevant forskning, hvor vi kom fram til ord som diabetes type 2, health literacy og education. For å begrense antall treff har vi benyttet oss av noen avgrensninger og vi har valgt å inkludere skjemaene som vedlegg til oppgaven vår for å vise denne prosessen. Vi har etter et systematisk søk kommet fram til 7 forskningsartikler, av disse er 4 på norsk og 3 på engelsk.

2.2 Presentasjon av forskningsartikler

”Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis” av Sæterstrand, Holm & Brinchmann (2015).

Dette er en norsk, kvalitativ studie som tar for seg hvordan sykepleiepraksisen har blitt endret siden Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Datasamlingen ble utført gjennom observasjoner og intervjuer av 11 sykepleiere i to ulike fylker. Studien viser at sykepleierne erfarer stort press, fordi kravene er for høye i forhold til tid og ressurser. Prioriteringene som må gjøres fører til manglende faglig forsvarlighet, og psykososiale behov hos pasienten blir ikke tatt hensyn til. Pasientenes opplevelse er at omsorgen fra sykepleierne er god, men kontinuiteten kunne vært bedre. De ønsket at sykepleieren kunne brukt mer tid på dem. Det ble sjelden tid til samtale og informasjon, eller det ble presset inn mellom andre oppgaver. Ofte følte sykepleierne at de ikke gjorde ting riktig i forhold til sine egne profesjonelle standarder, fordi tidspresset ble for høyt. Sykepleiekompetansen ble fordelt der det var behov under rapportene på hverdagene, men på kveld og helg var det ikke nok sykepleiere til dette. Dette gjorde tjenesten sårbar når pasienter kom hjem fra sykehus og trengte avansert behandling. Sykepleiernes samarbeid med fastlegene var ikke godt nok. Sykepleierne står fast mellom dårlig kommuneøkonomi og pasientenes behov. Studien konkluderer med at Samhandlingsreformen har økt presset på hjemmesykepleien, både i forhold til tid og ansvarsområde. Det er behov for styrket kompetanse.

”The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes” av Karlsen, Oftedal & Bru (2012).

Dette er en kvantitativ studie som omfatter deltakere i fem norske fylker. Den ble utformet som en spørreundersøkelse og 378 deltakere med diabetes type 2 ble inkludert. Målet var å undersøke hvordan diabetesrelatert stress henger sammen med pasientens opplevelse av støtte, mestringsstrategier og kliniske faktorer som HbA1c, kroppsmasseindeks, behandling, komplikasjoner og sykdommens varighet. Det kom fram at 22 % av deltakerne rapporterte et høyt stressnivå relatert til diabetes. Rundt 64 % svarte at de ofte la skylden på seg selv for at de hadde fått diabetes type 2. Dette førte til en økning i stressnivået som i verste fall kan føre til depresjon. Hele 75 % av deltakerne følte at de fikk god støtte fra helsepersonell men bare 11 % følte den samme støtten fra pårørende. Studien konkluderer med at det er de

psykososiale aspektene ved diabetes type 2 som fører til stress og ikke så mye de kliniske faktorene.

”Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis” av Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol (2010).

Dette er en kvalitativ studie fra Nederland som så på hvilke utfordringer sykepleiere kan møte i livsstilsveiledning hos pasienter med type 2 diabetes. Den ble utført ved å intervju 13 sykepleiere i primærhelsetjenesten, alle med ulikt arbeidssted. Sykepleierne svarte at de manglet kunnskaper om fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt for å kunne gi adekvat veiledning. En del av sykepleierne følte mangel på motivasjon for oppgaven da den samme informasjonen til stadighet ble gitt, og de hadde ingen tro på at pasienten ville endre seg. Disse sykepleierne følte seg maktesløse. Sykepleierne så svakheter i sine veiledningsevner, de visste ikke hvordan de skulle arbeide konkret og strukturert i samarbeid med pasienten. I tillegg fulgte de ofte innarbeidede rutiner og klarte ikke å tenke nytt. De hadde vansker med å kartlegge pasientens kunnskapsnivå. Dette førte til at de la nivået for høyt og hadde for store forventninger til pasienten. I tillegg involverte de ikke pasienten i stor nok grad. En annen utfordring for sykepleierne var tiden de hadde til rådighet og ofte ble veiledningen prioritert bort på grunn av akutte hendelser. Sykepleierne mente pasientene manglet innsikt i egen livsstil og konsekvensen av den. Feilinformasjon fra omgangskretsen påvirket veiledningen. Pasientenes vilje til å følge rådene fra sykepleieren ble påvirket av stress, tilbakefall og at resultatet ikke kom fort nok.

”Vi går inn i det private rommet til pasienten. Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske poliklinisk” av Evju, Klette, Kasen & Bondas (2014).

Denne studien er kvalitativ og utformet som et intervju. De sju sykepleierne som ble intervjuet kom fra tre ulike helseforetak i Norge. Det er en svakhet at disse jobber poliklinisk og med ulike pasientgrupper, men vi ser at innholdet er overførbart til hjemmesykepleien. Formålet med studien var å identifisere hva helsefremmende sykepleie er til pasienter som bør endre levevaner. Sykepleierne beskriver viktigheten av å skape et tillitsforhold, og at det derfor bør være kontinuitet i personalet. For å opparbeide tillit og vise respekt for pasienten må sykepleier gi av seg selv. I møtet med pasienten må potensialet til endring kartlegges. Sykepleier må åpne for refleksjon, stille spørsmål og definere sammen med pasienten hva som er problemet, da de ikke alltid har innsikt i egen helse. Det er viktig med realistiske mål og å fokusere på hva pasienten faktisk har fått til for å skape mestringsfølelse. Ved å fokusere

på dette kan pasienten se hvilke ressurser og muligheter han har. På grunn av medias helse råd ser mange av sykepleierne at de må styrke pasientens kunnskap og vurderingsevne slik at han skal kunne avgjøre hva som er fakta. Denne kunnskapen må så omsettes til praksis. Pasienten må ha et eierforhold til målene for behandlingen. Målene må være realistiske, men samtidig være utfordrende nok slik at pasienten kan finne motivasjon for oppgaven. Mange har hatt nytte av en aktivitetsplan da det gir noe konkret å forholde seg til. Sykepleierne drar frem viktigheten av å balansere sykdomsfokuset slik at livskvaliteten blir ivaretatt. De opplevde at sykepleierens rolle er endret og det nå er et større fokus på veiledning enn tidligere.

Veiledningen foregikk ikke etter noen bestemt metode og studien konkluderer med at sykepleierne bør ha større fokus på forskningsbaserte metoder. De anbefaler å sette større fokus på samtaler om livsstilsendring.

“Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus” av Kneck, Klang & Fagerberg (2011).

Denne svenske studien tar for seg pasientens erfaring med det å leve med diabetes de to første månedene etter diagnosen ble stilt. 13 deltakere ble inkludert, hvor alle nylig hadde fått diagnosen. Studien er kvalitativ og utformet som et intervju, og omfatter pasienter med både type 1 og type 2 diabetes. Vi anser ikke dette som en svakhet, da mange av følelsene som oppstår kan være de samme ved kronisk sykdom. Personene som ble intervjuet opplevde usikkerhet i den nye livssituasjonen. Endringene diabetes fører med seg var vanskelige å gjennomføre, selv om de så behovet for å gjøre det annerledes. Flere følte at det å få en diagnose var en vekker og motivasjon i seg selv, da de hadde skjont over lengre tid at de måtte endre deler av livet sitt. Utfordringene de møtte underveis ga motivasjon til å oppsøke kunnskap og utvikle kompetanse, da de så på kunnskap som en metode til selvstendighet. Deltakerne syntes det var en utfordring å skille ut troverdig informasjon fra for eksempel internett. Informasjonen fra helsepersonell ble derfor verdsatt, og de ble ansett som troverdig samarbeidspartner. Pasientene mente det var for mye fokus på medisiner og ikke på samtale. De mistet tilliten til helsepersonell dersom de ga feil informasjon, ikke var tilstrekkelig kvalifisert eller ga dem oppgaver de ikke hadde valgt selv.

”Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy»” av Finbråten & Pettersen (2012).

Studien søker på en kvantitativ måte å avdekke diabetessykepleieres syn på helseinformasjonsforståelse hos sine pasienter. Et annet mål var å gjøre sykepleierne

oppmerksomme på begrepet health literacy [HL]. Spørreskjema ble sendt ut til alle diabetessykepleierne i Norge, hvor 108 responderte. Om lag 35% av sykepleierne mente at pasientene har tilstrekkelig kunnskap om kropp, sykdom, medikamenter og sammenheng mellom disse. Kun en tidel av respondentene mener at pasientene kritisk kan vurdere informasjon fra ulike kilder. HL blir ikke kartlagt i Norge, og studien viser et mulig behov for å innføre rutine på dette. Det kan være relevant for diabetessykepleiere å kartlegge HL før de gir helseinformasjon, for å kunne tilpasse informasjonen. Dette er i sammenheng med at empowerment og ansvaret for egen helse blir stadig mer fremtredende i vårt samfunn.

”Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?” av Gabrielsen & Lundetræ (2014).

Dette er en kvantitativ studie som har som hensikt å kartlegge hvordan deltakernes leseferdigheter når det gjelder helseinformasjon, påvirkes av blant annet alder, utdanningsnivå og vurdering av egen helsetilstand. 5400 nordmenn ble tatt med i studien som bestod av et intervju etterfulgt av lesetekster med oppgaver. Funnene viser en sammenheng mellom svake leseferdigheter og opplevelse av mindre god helse. Pensjonister og andre utenfor arbeidslivet har noe lavere HL, hvor de over 56 år er de svakeste. Lavt utdanningsnivå blant deltakerne, førte til en dårligere forståelse av helseopplysningene. Manglende HL kan føre til at lege ikke oppsøkes og at sykdom forverres, på grunn av feilvurdering av egen helse. Studien konkluderer med at helsepersonell må formidle informasjon muntlig i tillegg til den skriftlige, og dette må tilpasses den enkelte.

2.3 Kildekritikk og etiske vurderinger

Kildekritikk er i følge Dalland (2013) å vurdere og karakterisere kildene vi bruker. Målet er å klargjøre for leseren at litteraturen er relevant og gyldig. Vi har benyttet oss av pensumlitteratur i arbeidet med denne litteraturstudien. Dette anser vi som gyldig siden det er utvalgt av Høgskolen i Hedmark. For å belyse vårt tema om diabetes, pedagogikk og sykepleieteori har vi valgt bøker skrevet av forfattere som er anerkjente i sitt miljø. Da diabetes er en sykdom som det stadig forskes på har vi valgt å bruke bøker og forskning fra de siste fem årene. Litteraturen om Dorothea Orems sykepleieteori er eldre, men vi anser den som gyldig fordi teorien ikke er endret siden. Orems teori er gjengitt av andre og er derfor en sekundærkilde. Dette innebærer at materialet er bearbeidet og oversatt fra originalen (Dalland,

2013). Vi har likevel valgt å bruke disse bøkene da de enklere å forstå, men ser at den kan være preget av forfatterens perspektiv. Derfor har vi brukt det som går konkret inn på teorien.

Vi har valgt forskningsartikler som er fra nordeuropeiske land da vi mener disse funnene er overførbare til norske forhold. Samtlige er publisert i anerkjente tidsskrifter og de er fagfellevurdert. Dette innebærer at artiklene er godkjent etter vurdering av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2013). I tillegg har vi vurdert artiklene etter IMRAD-prinsippet. Dette er den mest brukte struktureringen av forskningsartikler, og er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2013). Noen av artiklene er på engelsk og vi er klar over at det kan være rom for mistolkninger i oversettelsen.

Pasienteksemplene vi kommer med er anonymisert. Teorien vi bruker i oppgaven er kreditert forfatteren. Egne meninger og erfaringer vil vi tydeliggjøre som våre.

3 Diabetes

Diabetes mellitus er en hormonell sykdom som kjennetegnes ved manglende eller svekket insulinproduksjon. Dette fører til forhøyet blodsukker. Insulin produseres i betacellene i de langerhanske øyer i bukspyttkjertelen. Når vi spiser mat, og næringsstoffene blir omgjort til glukose i blodet, blir insulin skilt ut for å slippe glukosen inn i kroppens celler. Dette senker blodsukkeret og gir oss energi vi kan nyttegjøre oss av. Ved diabetes type 1 skjer det en autoimmun ødeleggelse av betacellene, slik at produksjonen av insulin opphører. Personen er da avhengig av tilførsel av insulin for å overleve (Jenssen, 2011). Vi begrenser oss til type 2, vil derfor skrive om denne typen videre i oppgaven.

3.1 Diabetes type 2

Diabetes type 2 rammer oftest mennesker over 40 år, og risikoen øker med alderen. Avhengig av levevaner og personens gener, er det heller ikke uvanlig at personer i yngre alder kan få sykdommen (Diabetesforbundet, 2014a). Det er den vanligste formen for diabetes, og kjennetegnes oftest ved insulinresistens. Dette betyr at insulinets effekt er nedsatt, og det er behov for økt utskillelse fra bukspyttkjertelen. Hvis dette svikter vil blodsukkeret og konsentrasjonene av farlig kolesterol i blodet stige. Sammen med høyt blodtrykk og overvekt kalles dette det metabolske syndrom. Dette gir en økt risiko for hjerte- og karsykdommer og en rekke andre komplikasjoner (Jenssen, 2011).

Ved diabetes type 2 bør HbA1c være lavere enn 7 %. HbA1c er en blodprøve som viser gjennomsnittlig blodsukkernivå de siste 8-12 uker. Det fastende blodsukkeret hos disse pasientene bør ligge mellom 4-6 mmol/L og ikke-fastende på 4-10 mmol/L (Helsedirektoratet, 2009). Gamle mennesker som er friske bør følge disse behandlingsmålene. For de over 80 år aksepteres et ikke-fastende blodsukker på 6-12 mmol/L og et langtidsblodsukker under 8 %, da målet er å holde pasienten symptomfri (Iversen, 2010). Ved diabetes type 2 foreligger det ikke like høye blodsukkerverdier som ved type 1 på diagnosetidspunktet. Dette kan føre til en forsinket diagnose og risiko for senkomplikasjoner relatert til høyt blodsukker (Sagen, 2011a). Blodsukkeret kan stige langsomt over 10-12 år før det blir oppdaget, uten at det foreligger symptomer. Det er når blodsukkeret er høyt om morgenen, og pasienten føler seg trøtt og slapp, at de merker at noe er galt. Dette er ofte ledsaget av hyppig urinlating, fordi kroppen prøver å kvitte seg med glukose. Om lag halvparten av dem som får diagnosen har komplikasjoner på dette tidspunktet (Jenssen, 2011).

3.2 Årsaker

Det er mange og komplekse årsaker til at så mange utvikler diabetes type 2. Hovedårsaken er insulinresistens, men arv, overvekt, røyking og fysisk inaktivitet gir en økt risiko for å utvikle sykdommen. Diabetes type 2 har i mange tilfeller et klart genetisk utgangspunkt, men livsstilen vil være utslagsgivende for om man utvikler sykdommen. Dersom andre i nær familie har diabetes er sjansen for å utvikle sykdommen betraktelig økt. Kostholdet har stor innvirkning på faren for å få diabetes type 2. Det vestlige kostholdet med høyt inntak av sukker, alkohol, kjøtt og fettholdige melkeprodukter gir økt risiko uansett om personen er tynn eller overvektig. I følge Diabetesforbundet er rundt 70 % av de som har type 2 diabetes overvektige. Fedme er forbundet med økt insulinresistens i lever, muskler og fettceller, i tillegg til at glukosetoleransen reduseres da bukspyttkjertelen blir mindre følsom for blodsukkerstigninger (Diabetesforbundet, 2014b). Det er særlig mye magefett, mer enn størrelsen på lår og hofter, som gir større sjanse for å få diabetes type 2. Dette gjelder også selv om personen skårer innenfor normalgrensene for kroppsmasseindex. (Vaaler & Møinichen, 2014a).

3.3 Behandling

Hovedmomentene i behandlingen av diabetes type 2 er endringer i kosthold og aktivitetsnivå for å holde blodsukkeret innenfor normalverdiene. Dette er ofte tilstrekkelig de første måneder eller år hvis sykdommen blir oppdaget tidlig. I tillegg til å kontrollere blodsukkeret, må også blodtrykk og kolesterol overvåkes. Pasienter som røyker skal tilbys hjelp til å slutte. Hvis ikke livsstilsendringer er nok, og blodsukkeret ikke er stabilt etter tre måneder, benyttes medikamentell behandling (Jenssen, 2011). Hensikten med behandlingen er å forebygge senkomplikasjoner og å opprettholde livskvaliteten. I følge Helsedirektoratet (2009) må alle behandlingsmål individualiseres, og det må kartlegges hva som er realistisk for den enkelte. Helsepersonell må hjelpe pasienten til å mestre behandlingen, og må derfor veie den medisinske gevinsten opp mot belastningen som behandlingen medfører.

3.3.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har stor innvirkning på en persons blodsukker, blodtrykk og lipidnivåer. Når vi er i aktivitet, øker behovet for energi og blodsukkeret synker. Når musklene arbeider vil de ta opp den glukosen som trengs uavhengig av insulin. Muskelsammentrekninger bedrer også

insulinfølsomheten. Å mosjonere regelmessig kan senke risikoen for hjerte- og karsykdommer, og det anbefales 30 minutters aktivitet daglig (Helsedirektoratet, 2009). I møte med en pasient med diabetes type 2 må aktivitetsvaner og mobilitet kartlegges. Samtale med pasienten omkring hans forhold til aktivitet og trening, og hva han kunne tenke seg å gjøre, kan virke motiverende på å endre livsstilen. Det er viktig å huske på at hvis målet er vektreduksjon, kan bare trening alene gi dårlig effekt fordi fett omgjøres til muskler (Sagen, 2011b).

3.3.2 Kosthold

Målet er å ha et sunt kosthold, og det er ikke nødvendig å kalle dette for diabeteskost eller en diett (Vaaler & Møinichen, 2014b). Helsedirektoratet anbefaler hyppige, fiberrike og mindre måltider, da dette gir jevn blodsukkerstigning og virker positivt på kolesterolnivået. Mettet fett bør begrenses da det påvirker det farlige kolesterolet. Animalsk fett bør byttes ut med plantefett, som olivenolje, myk margarin, nøtter, avocado og frø. Fet fisk bør også inkluderes i kostholdet, for tilstrekkelig Omega-3-fettsyrer. Proteinmengden hos pasienter med diabetes type-2 bør ligge på 10-20 % av daglig energiinntak (Helsedirektoratet, 2009). Vi velger å vise en tabell med praktiske kostholdsråd som kan være nyttig for personer med diabetes (Helsedirektoratet, 2009). Vi vil komme tilbake til denne i drøftingen.

Figur 1

Velg oftere...	enn...
Fisk og fiskefarsemat, rent kjøtt, hvitt kjøtt, magre farsevarer av kjøtt	Kjøttfarsemat (pølser, kjøttkaker og lignende), panert kjøtt/fisk og flesk/bacon
Grønnsaker, frukt, bær, belgvekster og nøtter/frø	
Grovt brød og grove kornprodukter	Fint brød, loff, baguetter og lignende, kornblandinger med lite fiber/mye sukker
Sjysaus eller saus laget fra pose eller fra råvarer tilsatt lite fett	Smeltet smør og sauser med fløte, creme fraîche og rømme
Kokte/bakte poteter	Pommes frites, potetmos
Kesam, matyoghurt, ekstra lett rømme, lett creme fraîche	Fløte, creme fraîche og rømme
Lettere/magre oster, Vita gul "ost"	Helfete oster
Skummet eller ekstra lett melk	Helmelk
Olje og flytende margarin	Smør, smørblandet margarine
Frukt- og bærbaserte desserter, yoghurt ^a	Kaker og desserter med mye fett og sukker
Vann	Brus, saft, juice, øl eller vin
Koking, steking i ovn, dampkoking	Frityrsteking, steking i panne

Figur 1. Praktiske kostholdsråd. Fra Helsedirektoratet, 2009, Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes - forbygging, diagnostikk og behandling(Rundskriv IS-1674/2009), s. 61.

Personer med diabetes bør vite at det er noen søtningmidler påvirker blodsukkeret. Dette gjelder sukkeralkoholene som slutter på -ol, som for eksempel sorbitol, xylitol, som gir samme stigning som sukker. Unntaket i forhold til sukkeralkoholer er erytriol (sukrin), som skilles ufordøyd ut i urinen og ikke gir noen stigning (Helsedirektoratet, 2009). De bør også vite at alkohol både kan senke og øke blodsukkeret. De første timene økes blodsukkeret, men etter hvert vil alkoholen hemme kroppens egen produksjon av glukose og føre til lavere blodsukker enn ønsket. Alkohol i større mengder øker blodtrykket og kolesterol, og det tilfører mye energi (Aas, 2011).

3.4 Senkomplikasjoner

Senkomplikasjoner er utbredt hos personer som over flere år lever med dårlig regulert diabetes. Som nevnt har mange som får diagnosen allerede utviklet komplikasjoner ved diagnosetidspunktet. Høyt blodsukker, overvekt og inaktivitet fører til et høyt nivå av kolesterol i blodet. Dette vil legge seg som plakk i blodåreveggen og kalles aterosklerose. Blodårene blir trangere og stivere, og fører til nedsatt blodsirkulasjon. Pasienten kan da få et hjerteinfarkt eller hjerneinfarkt (Jenssen, 2011). Diabetespasienter har 2-3 ganger så stor risiko for å utvikle infarkt enn resten av befolkningen (Helsedirektoratet, 2009). Hjerte- og karsykdommer er årsaken til rundt 65 % av dødsfall hos personer med diabetes type 2 (Iversen, 2010). Senkomplikasjoner kan forebygges ved hjelp av god oppfølging og jevnlig kontroll for å få et godt regulert langtidsblodsukker (Mosand & Stubberud, 2010). I drøftingen vil vi komme tilbake til hvordan sykepleieren med enkle grep kan bidra til å forebygge senkomplikasjoner.

De minste blodårene tar skade av for høyt blodsukker over lang tid. God glykemisk kontroll kan bremse utviklingen i en tidlig fase, men skadene kan ikke reverseres. Øyekomplikasjoner er en fryktet komplikasjon som følge av dårlig regulert diabetes. Over halvparten av alle pasienter med diabetes type 2 utvikler diabetisk retinopati og av disse er det ca 10 % som har symptomer allerede ved diagnosetidspunktet (Mosand & Stubberud, 2010). Retinopati kan i verste fall føre til blindhet, men dette kan behandles om det oppdages i tide. Nefropati oppstår over tid hos 20-40 % av de med diabetes (Diabetesforbundet, 2014a). Forhøyet blodtrykk og albumin i urinen er tidlige tegn på nyreskade. Dersom dette ikke blir behandlet vil det kunne utvikle seg til kronisk nyresvikt. Personer med diabetes er 2-4 ganger mer utsatt for å få

tannkjøttssykdommer og problemer med seksuallfunksjoner. Hos menn med diabetes er ereksjonssvikt tre ganger så vanlig som hos resten av befolkningen (Jenssen, 2011).

En annen konsekvens kan være skade på de perifere nervene på grunn av dårlig blodtilførsel, dette kalles nevropati. De første symptomene er smerte og kribling i hender og føtter, som utvikler seg til nedsatt følsomhet i huden. Det kan også oppstå kroniske endringer i muskulaturen i føttene, slik at buen på foten endrer seg. Sammen med dårligere blodsirkulasjon øker dette faren for trykksår (Jenssen, 2011). Det oppstår lettere infeksjoner i disse sårene da det ikke er tilstrekkelig blodsirkulasjon og immunforsvaret også er dårligere. Infeksjonen gir også høyere blodsukker som igjen gir gode vekstvilkår for bakterier. Fotsår kan være smertefullt og vil ofte føre med seg en dårligere livskvalitet for den det gjelder (Mosand & Stubberud, 2010). Som nevnt i innledningen er det mange som må amputere, og hos eldre er dødligheten etter dette stor (Iversen, 2010). WHO har som mål å redusere antall amputasjoner med 50 %. Dette skal gjøres ved hjelp av tverrfaglig samarbeid, opplysning og veiledning av pasienter og helsepersonell. Sykepleieren må i sitt arbeid med diabetespasienter sjekke føttene månedlig eller oftere dersom risikofaktorer oppdages (Norges Diabetesforbund, 2009). Helsedirektoratet (2009) anbefaler at personer med diabetes går til årlig kontroll hos lege for å avdekke risiko for komplikasjoner.

3.5 Livskvalitet

Diabetesbehandling uten hensyn til livskvalitet og mestring, ville ikke vært særlig effektivt. Siden diabetes er en sykdom som pasienten selv skal ha ”makten” over, må tiltak og mål ta utgangspunkt i hans liv og hva han selv anser som viktig (Rokne, 2011). Livskvalitet kan defineres som psykisk velvære, en subjektiv følelse av å ha det godt. Å få en kronisk sykdom kan oppleves som et nederlag. Ved diabetes kan tap av sosiale roller, selvfølelse, sikkerhet, kontroll og uavhengighet oppleves. Det finnes ingen pauser i sykdommen, og dette er for mange veldig utfordrende og slitsomt. Kunnskap om hva som truer og hva som styrker livskvaliteten til hver enkelt bruker er viktig i sykepleie. Ved å ha fokus på dette, flyttes fokuset fra diagnose til mennesket (Fjørtoft, 2012).

Livsstilsendring kan være en stor omveltning for den det gjelder og det kreves stor motivasjon for oppgaven. Dette innebærer at bruker må være bevisst problemet og ha et ønske om forandring. Han trenger tid til refleksjon for å komme fram til en løsning på egenhånd, og

hans valg må anerkjennes. Som hjelper i denne prosessen må sykepleier fokusere på brukers ressurser og tilby profesjonelle råd uten å moralisere eller presse han. Gjennom aktiv lytting og åpne spørsmål kan sykepleier og bruker sammen komme fram til en løsning (Eide & Eide, 2013). For å forebygge frykt for fremtiden, er det viktig at det er rom for reaksjoner og følelser i samtalen. Pasientens ressurser må kartlegges, dette kan være om han har pårørende, muligheter for å handle selv eller liker å sykle. Sykepleieren er en ytre ressurs som kan hjelpe pasienten til å mestre sykdommen, og det er nyttig å kartlegge hva pasienten forventer av sykepleieren (Granum, 2003). Diabetesrelatert stress er ikke sjelden, og kan avhenge av støtte fra både helsepersonell, familie og andre i det sosiale nettverket. I tillegg er frykten for senkomplikasjoner og andre negative konsekvenser en risiko for emosjonelt stress. Det er viktig for sykepleiere å ha fokus på hvordan pasienten har det, ikke bare på blodsuktermåling, trening og kost. De må være gode støttespillere og omgjøre kunnskapen de sitter med til forståelige verktøy pasienten kan anvende i hverdagen. Et godt og kontinuerlig læringstilbud fra helsevesenet gir større sjanse for mestring (Allgot, 2011). En viktig sykepleieoppgave er å sette pasienten i stand til å mestre sykdommen gjennom opplæring og veiledning. Pasienter som selv har kontroll på behandlingen har en høyere livskvalitet enn de som er avhengig av hjelp (Iversen, 2010).

4 Sykepleie

Grunnlaget for sykepleie er respekt for andre menneskers liv og verdighet. Sykepleien skal være basert på forskning, erfaringer og kunnskap. Den enkelte sykepleier er personlig ansvarlig for at den sykepleien som utøves er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Derfor må sykepleieren være klar over sin kompetanse og søke hjelp om noe ligger utenfor dette (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2011). Dette slås også fast i Helsepersonelloven (1999) hvor det også utdypes at det skal samarbeides med andre yrkesgrupper om dette er til beste for pasienten. Sykepleieren skal også veilede andre helsearbeidere og legge til rette for åpenhet og tverrfaglig samarbeid med alle deler av helsetjenesten. International Council of Nurses' etiske regler for utøvelsen av sykepleie slår fast fire grunnleggende ansvarsområder.

Sykepleieren skal jobbe for å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og å lindre lidelse. Det er den enkelte pasient og dens meninger som skal være fokus og pasientens valg skal respekteres. Sykepleieren har som ansvar å gjøre pasienten i stand til å foreta veloverveide valg, ved å øke kunnskapsnivået gjennom veiledning og læring. Sykepleieren skal bygge opp under pasientens håp og søke å motivere denne (NSF, 2011).

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer å legge til rette for pasientens mestring og utvikling gjennom veiledning og undervisning. For å kunne tilrettelegge undervisningen må en rekke faktorer tas hensyn til. Hvem pasienten er og hvilke forutsetninger han har for å lære er retningsgivende. I møte med en ny pasient er det hensiktsmessig å kartlegge hvilken forståelse han har for diabetes. Sykepleiere sitter på mye kunnskap som skal overføres til pasienten, og det er viktig at informasjonen gjøres individuell (Tveiten, 2008). Don Nutbeam (2000) definerer health literacy som menneskers kognitive og sosiale ferdigheter i innhenting, forståelse og bruk av helseinformasjon, for å fremme og opprettholde god helse. Det er et stadig økende kunnskapsnivå i befolkningen og det er lett tilgang til helseinformasjon gjennom internett. Dette stiller større krav til sykepleierens evne til å hjelpe pasienten med å bedømme kvaliteten på kildene (Tveiten, 2008).

4.1 Brukermedvirkning

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter rett til å medvirke i valg angående deres helse og sykdom. I denne sammenheng har de også rett på informasjonen de trenger for å kunne foreta et veloverveid valg. Pasienten skal vite om innholdet i helsehjelpen, bivirkninger og risiko, og det skal informeres på en forsvarlig og forståelig måte.

Helsehjelpen skal i størst mulig grad utformes sammen med pasienten. For at helsepersonell skal kunne gi et best mulig tilbud til brukerne, er det viktig å ta med deres egne meninger og erfaringer i tjenesten som ytes. Pasienten skal ha innflytelse på egen sykdom og behandling, slik at livskvalitet og integritet blir ivaretatt. I diabetesbehandlingen er dette et viktig tema, fordi det er som tidligere nevnt pasienten selv som er ”hovedbehandleren” av sin sykdom og det er hans behov som skal være i fokus. Fokus hos pasient og sykepleier kan være motstridende, og dette kan være utfordrende (Allgot, 2011). I arbeidet med å fremme helse står begrepet empowerment sentralt. Ottawa-chartret fra 1986 definerer empowerment som en prosess som muliggjør at pasienten selv kan ta større kontroll over egen helse og finne løsninger, gjerne i samarbeid med andre. Det handler om en overføring av makt fra helsepersonell til pasienten ved å styrke hans ressurser gjennom økt kunnskap og læring. For å kunne oppnå dette må det skapes et tillitsforhold og en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten (Tveiten, 2012).

4.2 Hjemmesykepleie

Svekket helse, sykdom og alderdom kan gjøre at mennesker trenger hjemmesykepleie i kortere eller lengre perioder. Det er et tilbud til alle kommunens innbyggere der behovet for nødvendig helsehjelp er til stede. Sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte samarbeider med blant annet brukerne, pårørende og fastlege om å forebygge, lindre, behandle og rehabilitere. Målet er livskvalitet for brukeren i sitt eget hjem. De som arbeider i hjemmesykepleien er regulert av lovverk, spesielt helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Her har vi trukket ut det vi ser på som hovedpunktene for sykepleierne. Loven sier at de som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal gjennom helsetjenestene søke å fremme helse og forebygge sykdom ved å veilede, undervise og gi råd. Den enkeltes mulighet for å leve og bo selvstendig skal sikres, og tilbudet skal tilpasses den enkeltes behov. Det er kommunens plikt å samhandle med stat, fylkeskommune og regionale helseforetak for å sikre et fullverdig tilbud til brukeren. Helsepersonelloven (1999) sier at kommunen plikter å legge til rette for at de ansatte har mulighet til å utføre faglig forsvarlig helsehjelp. Hva dette innebærer avhenger av den enkelte helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og hvilken situasjon man er i. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) sier at brukere av hjemmesykepleien

skal få “ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”.

Helsetjenestetilbudet skal være helhetlig og koordinert, og det skal arbeides systematisk for sikkerheten til pasienten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Lovverket forteller hvilke oppgaver kommunen skal utføre, men det finnes ikke så mange føringer for hvordan disse skal gjennomføres. Det er derfor variasjon fra kommune til kommune. I våre hjemkommuner arbeides det ut fra bestiller-utfører-modellen. Dette går ut på at det er en instans som tildeler tjenester og en annen som utfører. Det skal utføres på faglig, juridisk og etisk forsvarlig måte, og ansatte i hjemmesykepleien må derfor melde fra om behovene endrer seg, slik at vedtaket eventuelt kan gjøres om (Fjørtoft, 2012). Sykepleier plikter å ikke påføre pasienter eller arbeidsplassen unødvendige utgifter eller tidstap. Helsepersonell har også dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven, 1999). Tidsaspektet i hjemmesykepleien krever at sykepleieren kjenner pasienten, slik at rutinene kan tilpasses brukerne, uten at noen blir krenket. Sykepleieren må være lojal mot vedtakene, men også kritisk i forhold til dem slik at de hele tiden er i samsvar med det brukeren har behov for (Fjørtoft, 2012).

4.3 Læringsprosessen

For å gjøre det tydelig hva samarbeidet mellom pasient og sykepleier skal føre til, er det viktig å sette mål. Disse må være realistiske og relevante for pasienten, og for at de skal få betydning må han selv være med å bestemme dem. Målene må være passe utfordrende og ha en tidsramme. Hovedmål kan være hensikten med opplæring og veiledning, som for eksempel økt egenomsorg og stabilt blodsukker. Delmål kan være mer konkrete, som hva han skal lære og hvordan dette skal gjennomføres. De kan hjelpe pasienten til å se at det går framover og at dette er oppnåelig. For at målene skal nås, må pasientens verdier være kjent for både sykepleieren og han selv. For sykepleieren hjelper målene i prosessen med å dokumentere og evaluere (Granum, 2003). Evalueringen er viktig for å sikre at tiltakene fører til økt kunnskap hos pasienten, og om det er nødvendig å gjøre endringer (Tveiten, 2008).

Det er vanskelig å oppnå gode resultater hvis ikke pasienten selv inntar en aktiv rolle i læreprosessen. Den individuelle opplæringen bør ha fokus på både teoretiske, praktiske og følelsesmessige utfordringer (Helsedirektoratet, 2009). Den teoretiske undervisningen kan foregå som en forklaring fra sykepleieren, og en samtidig dialog med pasienten. Tema velges

ut fra pasientens behov og spørsmål, og etter hvert som sykepleier forklarer, kommer nye spørsmål (Granum, 2003). Det er viktig å kontrollere at pasienten har forstått det som det blir snakket om, da faren for feillæring er til stede hvis innholdet ikke er tilpasset alder, modenhet og mottakelighet (Helsedirektoratet, 2009). Praktisk opplæring kan være demonstrasjon med dialog. Dette kan brukes ved opplæring av blodsuktermåling. Sykepleier sørger for det nødvendige utstyret, forklarer og demonstrerer hvordan utstyret brukes og at det for eksempel er viktig å være ren på den fingeren som skal stikkes (Granum, 2003). Andre råd bør være at det er mindre smertefullt å stikke i siden av fingeren, ha stor nok bloddråpe, kalibrering av apparatet og holdbarhet på strimlene (Helsedirektoratet, 2009). Noen vil slite med motivasjonen for å måle, og andre vil kanskje måle for hyppig i frykt for høyt blodsukker. Samtalen omkring den praktiske opplæringen bør derfor avklare hvor ofte han skal måle blodsukkeret og hvordan resultatene kan brukes. For pasienter med diabetes type 2 kan det være tilstrekkelig å måle fastende blodsukker en gang i uken. Ved nyoppdaget diabetes kan hyppigere blodsuktermåling være nyttig hvis man ønsker å finne ut hvordan ulik mat påvirker blodsukkeret (Helsedirektoratet, 2009).

Følelsesmessige utfordringer kan knyttes til for eksempel graden av motivasjon og mestring (Prescott, 2014). Begynnelsen av læringsprosessen kan være lystbetont og produktiv, men når pasienten selv skal anvende den nye kunnskapen i praksis kan nederlagsfølelsen oppstå (Granum, 2003). Det kan være en strategi å ikke komme med råd eller ny informasjon når pasienten møter utfordringer, men heller stille åpne spørsmål som får han til å reflektere seg til løsninger. Dette er kun aktuelt et stykke ut i læreprosessen, og forutsetter at pasienten har en del kunnskap fra før (Prescott, 2014). Sykepleieren må være oppriktig interessert i hva pasienten uttrykker. Åpne spørsmål og oppsummering av hva han har sagt viser at sykepleieren lytter. Hvis sykepleieren klarer å skape en trygghet i relasjonen, vil det bli lettere for pasienten å forstå seg selv og sykdommen. Dette vil styrke troen på å lykkes (Karlsen, 2011).

I tillegg til individuell opplæring anbefaler Helsedirektoratet at diabetespasienter blir tilbudt deltakelse i undervisningsgrupper. Opplæringen bør være både teoretisk og praktisk, men minst like viktig er det å høre andres erfaringer og følelser rundt det å ha en kronisk sykdom. På de fleste sykehus finnes det et startkurs for pasienter med diabetes som fastlegen deres kan henvise til (Helsedirektoratet, 2009).

5 Sykepleieteori

Dorothea Orem's sykepleiemodell ble utviklet i begynnelsen av 70-årene og gir en handlingsrettet tilnærming på hvordan vi skal møte pasienter i praksis. Sentrale begreper i hennes modell er egenomsorg og egenomsorgssvikt. Dette er i tråd med hovedfokuset i vår litteraturstudie, og vi vil derfor se nærmere på hvordan vi kan bruke Orem's modell i hjemmesykepleien. Orem sier at alle mennesker har mulighet til å utvikle kunnskap og ferdigheter, og er i stand til å bevare tilstrekkelig motivasjon for egenomsorg. Hun mener derfor at mennesket selv har ansvar for å sette seg i stand til å møte utfordringene, enten på egenhånd eller med hjelp av andre. Forebyggende helsearbeid framheves i modellen. Når pasienten selv tar vare på sine egenomsorgsbehov kalles dette primærforebygging. Sekundærforebygging går ut på å begrense komplikasjoner av sykdom ved å oppdage faresignaler og iverksette tiltak. Rehabilitering etter en oppstått skade ser Orem på som tertiærforebygging. Orem ville sette fokus på hva sykepleie dreier seg om ved å fokusere på hva sykepleieren gjør og bør gjøre i møte med pasienten. Hun ville få fram *hvorfor* sykepleien utføres og hva resultatet blir (Cavanagh, 1999).

5.1. Egenomsorg

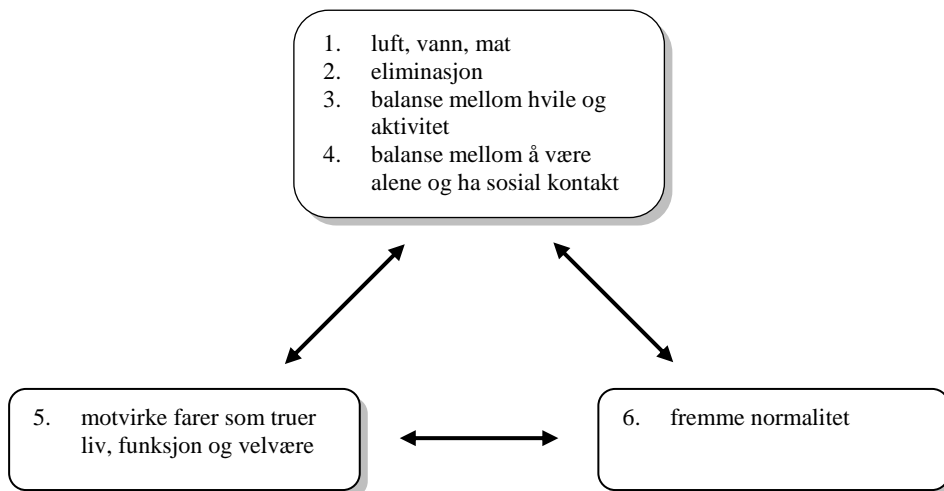
Orem beskriver egenomsorg som den enkeltes evne og vilje til å gjennomføre handlinger som må til for å leve. Det er ikke snakk om kun de dagligdagse rutineene, men å kunne forstå sin helse fornuftig. Dette innebærer å kunne ta beslutninger og sette i gang tiltak som fremmer helse og velvære. I noen situasjoner kan mennesket velge ikke å sette i gang de tiltakene som kreves på grunn av frykt, angst eller at de prioriterer annerledes. Orem definerer noen egenskaper som mennesket må ha for å kunne utøve egenomsorg. Det må blant annet være evnen til å kunne tenke rasjonelt, oppsøke kunnskap og å tilegne seg denne. I tillegg må beslutninger tas på grunnlag av innhentet informasjon, og for å sette dette i system må mennesket være motivert (Cavanagh, 1999).

5.2 Egenomsorgsbehov

Egenomsorgsbehovene er en vesentlig del av modellen og utgjør et viktig grunnlag for datasamlingen om pasienten. Orem beskriver universelle egenomsorgsbehov som er felles for alle mennesker uavhengig av hvilken helsetilstand de har, og hvilken fase av livet de er i. Disse omfatter de fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov som mennesket må dekke for å

kunne ivareta sin egenomsorg (Cavanagh, 1999). Behovene er vist i figur 2. Dersom det oppstår en svikt i kategori 1-4, uansett hvilket, vil dette kreve at det settes inn tiltak som motvirker fare og fremmer normaliteten. Dette drøftes opp mot diabetes senere i oppgaven.

Figur 2



Figur 2. Orem's behovskategorier. Fra N. J. Kristoffersen, 1996. Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap, s. 396.

Hun beskriver også utviklingsrelaterte behov som henger sammen med modningen og utviklingen til det enkelte mennesket, altså hvilken fase av livet mennesket er i. Behovene kan også påvirkes av sosiale og økonomiske faktorer, som endring i levekår eller tap av arbeid.

I tillegg må det tas hensyn til helsesviktrelaterte behov som kan oppstå hvis en person blir syk eller opplever funksjonssvikt. I disse situasjonene oppstår egenomsorgskrav som personen må sørge for blir ivaretatt. Dette kan være å sette inn tiltak mot sykdom eller skade eller oppsøke den medisinske hjelpen de eventuelt trenger. Videre er det et krav å kunne iverksette behandlingen legen forordner, og kunne tilpasse seg de fysiske og psykiske endringene som sykdommen medfører (Cavanagh, 1999).

5.3 Egenomsorgssvikt

Når det har oppstått en skade eller funksjonssvikt vil hvert enkelt menneske møte utfordringen på forskjellige måter. Noen mennesker takler denne utfordringen på egenhånd, mens andre har behov for sykepleie. Orem kaller det en egenomsorgssvikt når det foreligger et misforhold mellom behov og krav, og da er det behov for sykepleie (Cavanagh, 1999).

5.4 Hjelpemetoder

Sykepleieren kan ha forskjellige funksjoner, dette kaller Orem hjelpemetoder. Vi kan handle på vegne av andre, veilede, undervise, gi fysisk eller psykisk støtte og skape et miljø som fremmer utvikling og helse. Gjennom sykepleieprosessen omgjøres modellen slik at sykepleier kan bruke den i praksis. Vi har tatt for oss det vi ser som relevant for vår oppgave og vil presentere dette (Cavanagh, 1999).

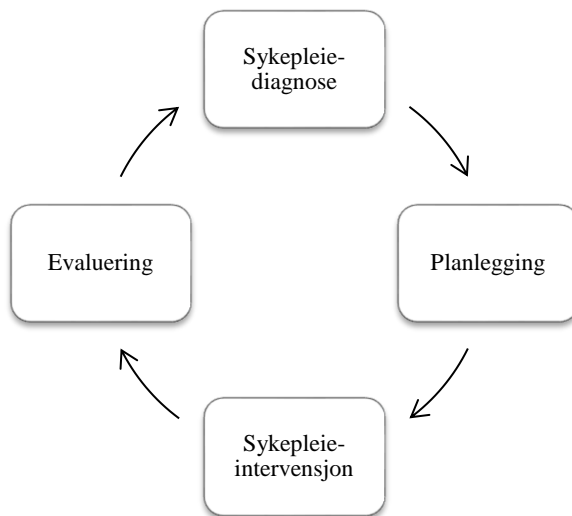
5.5 Sykepleiesystemer

Sykepleiesystemet omhandler sykepleierens funksjon og samspillet med pasienten. Orem deler det inn i det helt kompensierende, delvis kompensierende og det støttende/undervisende system. Sykepleieren kan kompensere helt for pasientens egenomsorgsbehov hvis han selv ikke er i stand til å dekke disse. Dette kan være nødvendig i situasjoner hvor pasienten for eksempel er ubevisst, lammet eller har en hjerneskade. Sykepleierens oppgaver her kan også være å støtte og beskytte pasienten, og legge til rette for et miljø som fremmer utvikling. Pasienten kan ha behov for at sykepleieren tar beslutninger på vegne av han. Det delvis kompensierende system involverer pasienten i større grad og er passende hvis pasienten har nedsatt bevegelsesevne eller kunnskap. Det kan også være passende i situasjoner der pasienten ikke er psykisk i stand til å ta avgjørelser eller gjennomføre handlinger. Pasienten må selv utføre det han mestrer og ta i mot hjelp fra sykepleier til det øvrige. Sykepleieren kompensere og assisterer etter behov. For pasienter som klarer å ivareta sine behov eller som trenger midlertidig hjelp, kan sykepleieren anvende det støttende og undervisende system. Her kan sykepleierens rolle bli å gi råd og å tilrettelegge miljøet. Pasienten skal selv dekke egenomsorgen med oppfølging fra sykepleieren. Sykepleiesystemene kan overlappe hverandre og må utvikles etter hvert som behovet til pasienten endres (Cavanagh, 1999). Valg av hjelpemetode kommer an på hva pasienten har behov for. De tre sykepleiesystemene har et felles utgangspunkt som vi nå vil utdype nærmere.

For å kunne vurdere om pasienten trenger sykepleie, sier Orem at sykepleier må bruke observasjoner for å se forholdet mellom egenomsorgsbehov og evnen til å ivareta disse. Dette er grunnlaget for en sykepleiediagnose. Det må utredes om pasienten kan dekke sine behov, både i nåtid og fremtid, eller om noen faktorer kan være til hinder for dette. Videre må sykepleieren kartlegge hva pasienten kan eller ikke kan gjøre, for å kunne dekke behovene

som er truet. I planleggingsprosessen er målet å komme fram til hvilke tiltak den nåværende situasjonen krever, ut i fra den informasjonen som foreligger. Det må tenkes langsiktig og helhetlig, være godt organisert med en klar rollefordeling mellom pasienten og hans hjelpere. Dette innebærer å konkretisere sykepleierens oppgaver. Sykepleier må gi informasjon og svare på helserelaterte spørsmål, samt opprette en god relasjon til pasient og pårørende. Planleggingen bør fastslå en realistisk tidsramme for tiltaket og hvor dette skal utføres (Cavanagh, 1999).

Figur 3



Figur 3. Orem's sykepleieprosess. Fra S. J. Cavanagh, 1999. Orem's sykepleiemodell i praksis, s. 47.

Omgivelsene skal tilrettelegges ved behov for å unngå unødvendige stressfaktorer. Pasienten må ha det nødvendige utstyret og det må klargjøres hvem som er ansvarlig for dette. Det må kartlegges hvilke kvalifikasjoner som kreves fra personalet og om det trengs flere personer. Sykepleien må tilpasses ut i fra sykepleiehandlingene og relevant informasjon skal dokumenteres ut i fra disse. Orem sier at dette bør inneholde hvorvidt pasienten utfører sine oppgaver og kvaliteten på dette, samt muligheten for utvikling. Sykepleieren må vurdere i hvilken grad hun skal assistere og om det kreves endringer i rollefordelingen. Her må det også legges vekt på pasientens synspunkter. Sykepleieprosessen skal kontrolleres og evalueres som helhet, slik at den gir resultater. Hvordan ressursene kan utnyttes må vurderes, ikke bare omsorgen for pasienten. Orem's sykepleieprosess innebærer at sykepleieren må tenke nytt og være dynamiske rundt omsorgssituasjonen. Eksisterende rutiner må sees på med et kritisk blikk for på best mulig måte kunne legge til rette for enkeltindividets egenomsorg (Cavanagh, 1999).

6 Drøfting

I denne delen vil vi drøfte hvordan sykepleier kan styrke egenomsorgen hos eldre brukere med diabetes type 2, ved å benytte Dorothea Orem sin modell om sykepleie. Vi vil se om det er samsvar mellom våre funn fra forskningen og litteraturen, og hvordan vi kan knytte dette til Orem. Gjennom drøftingen ønsker vi å komme fram til hvordan dette er anvendbart i hjemmesykepleien. Dalland (2013) sier at det er gjennom drøftingen vi skal vise hva vi har lært. Dette vil vi vise gjennom teori og egne erfaringer ved systematisk og kritisk refleksjon.

6.1 Sykepleiediagnose

Orem sier at behovet for sykepleie kan kartlegges ved å se om det finnes ubalanse mellom brukerens egenomsorgsbehov og egenomsorgskrav. Ikke bare i nåværende situasjon, men også hvilke som kan oppstå i framtiden. Avdekkes misforhold må sykepleier avgjøre i hvilken grad og hvordan det skal hjelpes. Utfordringen blir å avdekke svikten og hvilke behov som er truet (Cavanagh, 1999). Dette betyr at sykepleieren må ta seg tid til å sette seg inn i hver enkelt brukers livssituasjon, for å finne de behovene brukeren ser på som utfordrende å dekke, og hvilke han ikke mestrer. Ved å benytte Orems behovsområder i møte med brukere med høyt blodsukker, må sykepleier kartlegge om det er svikt i forhold til inntak av mat. Det må da avdekkes hvilke farer som truer brukerens liv, funksjon og velvære. Dette kan være for mye eller feil inntak av mat, og vi må da forsøke å motvirke disse. Etter Orems modell vil blodsukkeret kunne normaliseres ved å sette inn tiltak på dette området. Hun sier at normaliteten skal fremmes, og normaliteten i dette kan være å kunne bevare de fysiologiske prosesser og å spise uten å overdrive. For brukeren vil dette konkret si å spise sunt for å opprettholde et normalt blodsukker. Det kan også være svikt i behovet for balanse mellom aktivitet og hvile. Hvis dette er i ubalanse så trues normaliteten. For lite fysisk aktivitet bidrar til et høyere blodsukker hos brukerne med diabetes. Orem mener at brukeren må kunne oppfatte og svare på behovet som skal dekkes. For å klare dette kan han utnytte sine evner og interesser for å utvikle et aktivitetsmønster som passer hans liv og helse (Kristoffersen, 1996). Vi kommer med forslag til tiltak senere i drøftingen.

Brugerens ressurser og muligheter for bedring må også kartlegges. Her må sykepleier snakke med bruker for å finne ut hva han ønsker hjelp til, og hvilke forventninger han har til sykepleien (Granum, 2003). Ressurser kan være for eksempel brukers evne til å oppsøke

nødvendig hjelp, om han ser behovet for å endre livsstil og forstår sammenhengen mellom blodsukker og livsstil. De kartleggingene vi gjør skal føre til en sykepleiediagnose som fastslår brukers egenomsorgssvikt. Dette blir grunnlaget for sykepleien (Cavanagh, 1999).

6.2 Planleggingsprosessen

I følge Orem's teori bør sykepleierene ta stilling til hvilket sykepleiesystem som skal benyttes ut fra observasjonene de gjør seg. Dette vil definere hvordan sykepleierene forholder seg til brukeren (Cavanagh, 1999). Våre erfaringer fra hjemmesykepleien er at det ofte blir brukt det delvis kompensierende system. Da må brukeren utføre det han mestrer selv, mens helsepersonellet tar over det øvrige. Et eksempel kan være at brukeren måler blodsukkeret selv, mens sykepleieren vurderer verdiene. For de som bruker tabletter, kan det hende at han selv kan ta tablettene, men sykepleier må dosere dem for ham. I slike situasjoner mener vi det er det nødvendig å fortsette observasjonene rundt kvaliteten på det brukeren utfører. Husker han å ta tablettene til riktig tid, eller kunne han klare å dosere selv? Kanskje han etter hvert lærer å gjøre de riktige vurderingene ut i fra blodsukkermålingene, slik at sykepleierens hjelp ikke lenger trengs. Da kan det støttende og undervisende system tas i bruk, hvor sykepleieren inntar en mer passiv rolle. Brukeren vil ha behov for færre besøk, men det er da en mulighet å gjøre disse besøkene noe lengre. Da er det rom for samtaler og oppfølging på en annen måte. Dette er i tråd med det Orem kaller dynamisk sykepleie, fordi sykepleieren tilpasser sitt arbeid i forhold til brukerens behov (Cavanagh, 1999).

Vi vet at for å stabilisere sykdommen er blodsukkernivået sentralt, og målet er at personer med diabetes type 2 skal ha en normal HbA1c (Helsedirektoratet, 2009). Dette kan være et mindre viktig mål for brukeren, men legger en føring for hvordan sykepleieren skal jobbe. Brukere som allerede har komplikasjoner, er nødt til å stabilisere blodsukkeret for å få kontroll over disse. I følge Orem må mennesker kunne tenke rasjonelt, oppsøke kunnskap og tilegne seg denne for å kunne ivareta egenomsorgen (Cavanagh, 1999). Brukerne har ikke alltid innsikt i egen helse og livsstil, derfor må sykepleieren jobbe med refleksjon rundt dette. Slik kan det defineres sammen med den enkelte bruker hva fremgangsmåte og mål skal være. Ved å inkludere brukeren når mål for sykepleien skal utformes, kan bruker få et eierforhold til disse. Slik kan de oppleve mestring når de oppnår resultater (Evju et al., 2014). Orem bruker ikke begrepene fremgangsmåte og mål, men planleggingsprosesser. Slik vi forstår henne er målene for sykepleien allerede satt når vi finner egenomsorgsbehov som brukeren ikke klarer

å dekke. Dette kan være å oppnå normalt blodsukker. Ut i fra dette bestemmer verken sykepleier eller bruker målsettingen for sykepleien, men Orem legger vekt på at fremgangsmåten skal utarbeides av begge parter (Cavanagh, 1999). Vi velger å bruke betegnelsene mål og delmål videre, da disse begrepene blir brukt i hjemmesykepleien og i litteraturen. Målene må være oppnåelige, men samtidig være utfordrende, slik at bruker har noe å strekke seg etter. Selv om hovedmålet er å senke langtidsblodsukker, kan delmål være enklere å forholde seg til i hverdagen (Granum, 2003).

6.3 Sykepleieintervensjon

Orems teori er at sykepleieren skal handle ut i fra de egenomsorgsbehovene som ikke blir ivaretatt, og hvilket sykepleiesystem som blir valgt (Cavanagh, 1999). Vi har tidligere nevnt at det delvis kompensierende systemet er relevant å bruke i hjemmesykepleien, hvor brukeren utfører det han klarer selv, og sykepleier tar over det som ikke mestres. I mange tilfeller vil det være rom for å gå over til det støttende systemet etter hvert. De handlingene som brukeren må ha hjelp til å utføre av sykepleieren må vurderes, slik at vi avdekker om brukeren kan mestre dette i fremtiden. Dette krever at sykepleieren veileder og underviser samtidig som hun utfører, slik at brukeren blir i stand til å lære seg oppgaven. Et eksempel på dette kan være at brukeren skal lære blodsuktermåling og forstå hva som kan påvirker verdiene. I begynnelsen av sykepleieprosessen kan brukeren observere når sykepleier utfører prosedyren, mens han blir forklart hvordan og hvorfor hun gjør som hun gjør. Når han føler seg klar for oppgaven, kan brukeren forsøke selv med tilsyn. Etter hvert når han mestrer dette selv, må det avklares hvor ofte dette skal måles. Når han akkurat har fått diagnosen, kan det være nyttig å se hvordan ulik mat påvirker blodsukkeret. Han kan da måle oftere. Etter hvert kan målingen avta i hyppighet (Helsedirektoratet, 2009). Det kan også vurderes slik at brukeren ikke forstår de målingene han gjør, og sykepleieren må kompensere også i fremtiden.

Etter Helsedirektoratets (2009) anbefalinger blir det sentralt å avdekke brukerens evne for fysisk aktivitet, siden dette reduserer langtidsblodsukkeret. Brukers interesser og i hvilken grad han kan utføre aktiviteter er sentrale opplysninger. Vi har erfart fra praksis at brukerne kan ha ulike forutsetninger for fysisk aktivitet, men det er alltid noe de kan klare. Eksempler på dette kan være daglige gåturer rundt kvartalet eller til butikken, sykle på ergometersykkel eller bruk av trapper i stedet for heis. Knebøy eller kneløft kan utføres stående med en stol eller kjøkkenbenk som støtte. For de som har dårlig gangfunksjon er sittende aktiviteter et

alternativ. Styrketrening er noe de fleste kan klare enten de er oppegående eller mindre mobile. Dette er noe som enkelt kan tilpasses de som bor hjemme. Bruker kan oppfordres til å kjøpe seg manualer, men en flaske fylt med vann eller sand kan også benyttes. For de som har dårlig gripefunksjon kan vektmanşjetter med borrelås anbefales da disse kan festes rundt arm eller ben. En pedaltrener kan brukes sittende i stol, til trening på armer og ben. Noen brukere kan ha nytte av en aktivitetsplan (Evju et al., 2014). Dette er noe sykepleieren kan hjelpe til med å utforme, slik at det blir lettere for bruker å forholde seg til hva han skal gjøre. Denne kan inneholde tidspunkt for trening, og gi rom for variasjon i øvelsene. Trening har god effekt på blodsukkeret, men om målet er vektnedgang må kostholdet endres (Sagen, 2011). Helsedirektoratet (2009) har anbefalt 30 minutter aktivitet daglig, men vi ser at for en person som har vært lite fysisk aktiv kan det virke uoverkommelig. For noen brukere kan det da være et delmål å gjennomføre dette 3 ganger i uken. Dette kan økes etter hvert, men tilpasses den enkelte.

Når kostholdet til brukeren er kartlagt kan endringer innføres gradvis i samarbeid med han. Små, hyppige måltider som består av fiberrike matvarer som grovt brød og grønnsaker anbefales (Helsedirektoratet, 2009). Det må avdekkes hvilke matvarer som er viktig for bruker å beholde. Her kan sykepleier komme med forslag til erstatninger etter figur 1 med praktiske kostholdsrad som vi har vist i teoridelen. Hvis han er glad i loff med fet ost til frokost, så kan et alternativ være å bytte en av delene til et sunnere produkt som grovt brød eller en magrere ost. Dersom bruker ikke klarer å lage middag selv, kan ferdigretter eller matombrining fra kommunen være en mulighet. Sykepleier kan skrive handleliste sammen med bruker, slik at det blir enklere å gjøre sunne valg på butikken. Det er lov å unne seg noe godt av og til, sykepleiers oppgave er da å synliggjøre alternativer. Noen typer brus inneholder søtningsstoffer som ikke påvirker blodsukkeret og er derfor et bedre valg. Mørk sjokolade med mer enn 70 % kakao er et bedre valg enn melkesjokolade og lettis er bedre enn vanlig is. Peanøtter og andre nøtter er et godt alternativ til for eksempel potetgull, fordi det umettede fett gir en langsommere blodsukkerstigning (Helsedirektoratet, 2009). Moderat inntak av alkohol som et glass vin eller to er lov. Det er da greit å vite at man bør spise noe grovt i tillegg for å få et jevnere blodsukker (Aas, 2011). Vi mener dette er opplysninger bruker bør få for å kunne opprettholde matgleden og holde motivasjonen oppe.

I følge Orems modell må brukeren settes i stand til å ivareta egenomsorgsbehovene kosthold og aktivitet, for å kunne oppnå god blodsukkerkontroll. Dette er viktig for å unngå

senkomplikasjoner som kan true liv, funksjon og velvære (Cavanagh, 1999). I tillegg til det som brukeren skal lære seg, mener vi at sykepleieren bør sette inn tiltak på observasjoner som kan avdekke noen av senkomplikasjonene. Høyt blodtrykk er et tidlig tegn på nyreskade og kan være en indikasjon på aterosklerose (Jenssen, 2011). Dette bør måles regelmessig, og er noe hjemmesykepleien kan utføre, dokumentere og evaluere. For å forhindre fotsår er det helt nødvendig å se på føttene, og vite hva man skal se etter. Sykepleieren må spørre brukeren om han kjenner prikking eller stikking i føttene, eller om han har smerter ved hvile eller gange. Farge og temperatur på føttene observeres, og følsomheten må kontrolleres. Dette kan gjøres ved å prikke brukeren på fotryggen og under foten. Det må også observeres etter ødemer. Huden på føttene kontrolleres med tanke på sprekker eller småsår, tørr hud eller hard hud på grunn av trykk. Formen på foten må vurderes, og det kan være nyttig å se etter slitasje inni skoen, for å avdekke trykkpunkter. Brukeren selv kan tømme sko for småstein eller lignende hver gang han skal ta dem på, slik at han ikke trækker på noe uten å kjenne det. Fotsår skyldes ofte skoene, og disse bør tilpasses slik at de ikke gnager. I tillegg til dette må sykepleier informere brukeren om at føttene skal sjekkes daglig, tånegler skal klippes rett av, han må tørke seg nøye mellom tærne etter fotvask og at fotkrem ikke skal brukes mellom tærne. Brukere med nedsatt syn må få hjelp til fotstell. Hard hud bør fjernes av fotterapeut eller andre kyndige (Norges diabetesforbund, 2009). Det kan være hensiktsmessig at sykepleieren følger opp at brukerne er hos legen minst en gang i året, slik at de får tatt nødvendige undersøkelser (Helsedirektoratet, 2009). Vi foreslår at sykepleieren månedlig har kontroll av føtter og blodtrykk for å forebygge senkomplikasjoner. Selv om brukeren blir i stand til å måle blodsukkeret sitt selv, bør sykepleieren følge med på verdiene jevnlig.

6.4 Evaluering

Vi har erfart at det ofte er mange helsepersonell som skal ha ansvaret for brukerne i hjemmesykepleien. Vi mener at antall pleiere som skal innom brukeren bør begrenses for å sikre arbeidet som skal utføres. Dokumentasjon er pålagt alle som yter helsehjelp i følge Helsepersonelloven (1999). Dette kan sikre at sykepleierne gir lik behandling til den enkelte bruker, og at vi lettere kan endre vedtak etter behov. I følge Orem bør dokumentasjon inneholde hvordan brukeren utfører sine oppgaver og om det er muligheter for at han kan utvikle disse. Sykepleieprosessen skal gi resultater, og sykepleieren skal sørge for at den er helhetlig (Cavanagh, 1999). Dokumentasjonen gjør det mulig å evaluere om tiltakene fører bruker nærmere målene, eller om endringer er nødvendig (Tveiten, 2008; Fjørtoft, 2012).

Hvis ikke sykepleiere i hjemmesykepleien klarer å hjelpe brukeren i tilstrekkelig grad, skal de be om hjelp og samarbeide med andre yrkesgrupper (Helsepersonelloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Vi ser jo at et samarbeid med fastlegen og eventuelt diabetessykepleier i spesialisthelsetjenesten, er nødvendig for å sikre brukerens behandling. Det er viktig for sykepleieren å huske at tilbudet som gis skal hele tiden tilpasses den enkelte brukers behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helsedirektoratet (2009) anbefaler deltakelse i gruppeundervisning og sykepleier må vite hvilke tilbud som finnes. Dette kan være brukerorganisasjoner som Norges Diabetesforbund og tilbud i kommunen som Frisklivssentralen. Her tilbys veiledning om kosthold og fysisk aktivitet med endring av levevaner som mål.

6.5 Relasjon mellom bruker og sykepleier

Gjennom hele sykepleieprosessen må det være fokus på brukers livskvalitet og hans meninger. Bruker har en lovbestemt rett til å medvirke i utformingen av helsehjelpen. Hans erfaringer og behov skal legges til grunn når sykepleien skal utformes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er bruker selv som i hovedsak skal behandle sykdommen og må lære seg å leve med den. Gjennom å involvere bruker i sykepleierprosessen vil det være mulig å skape en motivasjon for oppgaven som ligger foran han, nemlig å stabilisere blodsukkeret gjennom livsstilsendring.

Hvis brukeren blir pålagt oppgaver han ikke ønsker, kan dette føre til at samarbeidet med sykepleieren svikter (Kneck et al., 2011). Vi mener at sykepleier i mange situasjoner må ha fokus på å være en rådgivende, ikke en utførende hjelper. Det kan være nyttig å ta opp dette med brukeren i startfasen, og avklare hva hjelperens rolle skal være. Orem mener også at sykepleierens oppgaver må konkretiseres (Cavanagh, 1999). Mange sykepleiere mener at deres oppgave er å støtte brukerens egen vei til god helse, uten å overta styringen. Han må rettledes hvis noe ikke går som planlagt og han må ansvarliggjøres i forhold til målsettingen (Evju et al., 2014). Brukeren vil komme til å møte utfordringer. Det kan da være en strategi for sykepleieren å ikke komme med anbefalinger om hva han skal gjøre umiddelbart, men heller hjelpe ham med å reflektere seg fram til løsninger selv. Dette kan gjøres ved å stille åpne spørsmål, og å være interessert i hva han forteller. Oppsummeringer underveis om hva han har sagt bekrefter dette, og gir sykepleieren en mulighet til å dobbeltsjekke om hun har

forstått hva han mener. Det kan skape motivasjon og tro på å lykkes hvis sykepleieren kan skape en trygghet i relasjonen med brukeren (Prescott, 2014).

En god relasjon mellom sykepleier og bruker er det beste utgangspunktet for et godt samarbeid om en livsstilsendring (Tveiten, 2008; Eide & Eide, 2013). Sykepleier må være en profesjonell samtalepartner som speiler brukers styrker, og stimulere til å utforske de mulighetene som finnes. I samtale med bruker må sykepleier lytte aktivt, vise forståelse og gi bekræftelse. Hun må stille seg åpen til hans mål og ta hensyn til om han er mottakelig for endring. Det å legge press på bruker for at han skal gjennomføre endringer han ikke er klar for fører ikke til noe. Tvert i mot kan det gjøre han fiendtlig innstilt til sykepleieren. Han må få tid til å reflektere og la bevisstheten om at en endring er nødvendig komme naturlig. Sykepleiers oppgave blir å stimulere denne prosessen slik at brukers evne til refleksjon, erkjennelse og valg styrkes. Dette er empowerment. Sykepleierne må være fleksible og tilpasse veiledningen dersom en strategi ikke gir ønsket resultat (Eide & Eide, 2013).

Noen brukere kan se det positive i å få en diagnose, og det kan øke motivasjonen til å endre dårlige vaner de har vært bevisst over tid. utfordringer kan også være en drivkraft til å oppsøke ny kunnskap og utvikle nye ferdigheter (Kneck et al, 2011). På en annen side er livsstilsendring en stor oppgave som krever mye av brukeren, og til tider kan negative følelser oppstå. Dersom bruker ikke klarer å oppnå målene kan dette gi en følelse av nederlag. Han kan ha skyldfølelse for å ha fått en livsstilssykdom. Sykdommen krever hensyn og det kan være en stor omveltning i livet. Innføring av nye vaner krever tid og kan forårsake sorg over tapt uavhengighet og endret sosial rolle (Fjørtoft, 2012). Brukeren kan føle usikkerhet hvis han ikke har nok kunnskap om sykdommen og dette kan true følelsen av selvstendighet. De fleste verdsetter undervisning og veiledning fra sykepleiere, men fokuset må ikke kun være på det tekniske og medisinske (Kneck et al., 2011). Det må også være rom for samtale om hvordan bruker opplever livssituasjonen. Denne balansen kan bidra til å ivareta hans livskvalitet (Evju et al., 2014).

Diabetes-relatert stress skyldes ofte de psykososiale aspektene som nevnt ovenfor. Mange pasienter med diabetes sier de har et høyt stressnivå, noe som kan føre til depresjon (Karlsen et al., 2012). Sykepleiere må være klar over at disse tankene kan oppstå, slik at fokuset kan flyttes over til mennesket. Orem sier at omgivelsene skal tilrettelegges for å unngå stress (Cavanagh, 1999). Vi mener at sykepleierne kan gjøre dette ved å bruke nok tid hos brukeren,

og at det legges til rette for at en mindre gruppe helsepersonell har ansvar for hver enkelt bruker for å skape kontinuitet og trygghet. At sykepleieren viser interesse for hva brukeren har å si og hva han føler, er viktig for å skape tillit. NSF's yrkesetiske retningslinjer (2011) sier at sykepleieren skal motivere pasienten gjennom å skape håp. Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer å legge til rette for at undervisning og veiledning fører til mestring og motivasjon (Tveiten, 2008). Brukerens endringspotensial må kartlegges, noe som innebærer å ha en åpen samtale med han. Hvis han reflekterer rundt sin egen opplevelse av livsstil og helse, kan dette få fram hvor motivert han er for endring. Brukeren må ha innsikt og tro på at han kan lykkes. Sykepleieren må under samtalen prøve å få et bilde av hvor utfordrende målene kan være. En god måte å motivere brukeren til endring på, er å utforme gode mål. Disse må være oppnåelige, men utfordrende. Det aller viktigste er at brukeren selv har tro på at han kan nå dem (Evju et al., 2014). Brukermedvirkning kan styrke både selvfølelse og mestringsfølelse når målet nås. De fleste av oss har kjent på følelsen av å lykkes og hva dette gjør med motivasjonen.

6.6 Utfordringer

Orem sier at hvert enkelt individ har evne til å kunne møte sine helseutfordringer på egenhånd eller ved hjelp av andre. Hun mener alle kan utvikle de kunnskapene og ferdighetene som trenges for å opprettholde egenomsorgen (Cavanagh, 1999). Våre erfaringer fra praksisperiodene tilsier at dette ikke stemmer for alle mennesker. Her møtte vi mange som på tross av gjentatt informasjon ikke klarte å ta til seg kunnskapen. Vi har opplevd å være tilskuer i en samtale utført av kontaktsykepleier hvor vi opplevde at bruker ikke forsto informasjonen som ble gitt. Bruker hadde ingen spørsmål og hang ikke med i samtalen. Det hele framsto som en monolog fra sykepleieren sin side. Det finnes ingen rutine på å kartlegge pasientens forståelse av informasjonen som gis, noe det kan være hensiktsmessig å gjøre. Dette kommer også fram i studien til Hanne S. Finbråten og Kjell S. Pettersen (2012). Her svarte 65 % av diabetessykepleierne at de mener pasientene ikke har tilstrekkelig kunnskap om sykdommen og hvordan den påvirker kroppen. Selv om disse jobber poliklinisk, har vi erfart at dette er overførbart til hjemmesykepleien og at det kan være behov for kartlegging av brukers forståelse. Vi mener en måte å gjøre dette på kan være å be bruker gjenfortelle det vi har informert om.

Ansvar for egen helse blir mer og mer vektlagt i dagens samfunn. Dette viser at sykepleieren må være med på å sette brukeren i stand til å mestre egen sykdom gjennom å gi tilpasset undervisning. Brukerne i hjemmesykepleien er i hovedsak eldre. Sykepleier må være klar over at gruppen over 56 år som ikke er i arbeid og de med lavt utdanningsnivå har dårligere forståelse for skriftlig helseinformasjon. Dette innebærer at informasjonen må forenkles og framlegges muntlig i tillegg. Det må være forståelig for brukeren slik det ikke oppstår en feilvurdering av egen helse. Manglende innsikt i egen sykdom kan føre til at brukeren ikke oppsøker lege og at sykdommen dermed forverres (Gabrielsen & Lundetræ, 2014).

Informasjon fra internett eller omgangskrets kan være lettere å forstå for bruker, men kan sette veiledningen fra sykepleieren eller behandlingen fra legen i fare fordi det kan være feilinformasjon. Det blir derfor en viktig oppgave for sykepleieren å få klarhet i brukerens oppfatning av for eksempel riktig kosthold før vi setter i gang samarbeidet (Evju et al., 2014; Jansink et al., 2010; Kneck et al., 2011; Tveiten, 2008). Dorothea Orem mener også at sosioøkonomiske faktorer øker kravene til brukeren, i forhold til å dekke sine behov. Det er derfor viktig at sykepleieren avdekker svikt i de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene. For eksempel kan manglende utdanning føre til at brukeren ikke har kunnskap om hvor og hvordan han skal skaffe seg helsehjelp når det er nødvendig (Cavanagh, 1999).

Vi mener at dersom informasjonen til den enkelte ikke tilpasses, kan det føre til at nivået på undervisningen blir feil. Er nivået for høyt vil det være fare for at informasjonen ikke blir forstått, og bruker blir frustrert. Dersom det han allerede vet gjentas, kan han finne undervisningen kjedelig og lite inspirerende. Dette støttes av forskning, som i tillegg viser at sykepleiere ikke er trygge på sine veiledningsevner og at de kan ha problemer med å kartlegge brukers kunnskapsnivå. Mange brukere mangler innsikt i egen situasjon, og sykepleieren kan da miste troen på at brukerne er i stand til å gjennomføre en endring. Det er lett å føle seg maktesløs og umotivert som hjelper, og det kan være en utfordring å endre rutiner. I hjemmesykepleien kan veiledning på hektiske dager bli valgt bort til fordel for andre oppgaver. Brukers tillit til sykepleier og helsevesenet kan da bli svekket (Jansink et al. 2010). Det er da viktig at sykepleieren tenker nytt og er kritisk til eksisterende rutiner og bruk av ressurser (Cavanagh, 1999).

Selv om brukerens evne til å forstå og anvende helseinformasjon påvirker egenomsorgen, kan det i tillegg være andre årsaker. Vi mener at også helsepersonell svikter på ulike måter. Vår praksiserfaring er at det er for dårlig samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleien når det

gjelder informasjon til bruker. Hvis sykepleierne vet hva legen har informert bruker om og hva som skal følges opp, kan dette føre til at bruker får tilstrekkelig og mer tilrettelagt informasjon. I en hektisk arbeidshverdag kan det være lett å anta at lege har informert bruker. Det kan også skje at brukeren selv sier han har fått informasjon, og sykepleier slår seg til ro med dette uten å kontrollere. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har brukeren krav på adekvat informasjon, sykepleier er derfor nødt til å undersøke hva han allerede vet. De yrkesetiske retningslinjer sier også at sykepleiere skal øke brukers kunnskapsnivå slik at han kan ta veloverveide valg (NSF, 2011). Ut i fra vår erfaring må sykepleiere i større grad innhente informasjon fra brukers fastlege for å kunne tilpasse sykepleien bedre.

Under vår praksis som sykepleiestudenter har vi flere ganger opplevd at brukere uttrykker glede ved at vi tar oss tid til å snakke med dem. Som student har man ofte muligheten til dette, da kommunikasjon og kunnskap om brukernes opplevelse av sykdom inngår som mål i undervisningsplanen. Under disse samtalene har det kommet frem at brukerne er fornøyd med omsorgen de får, men at de ofte føler at det ikke er tid til dem. Noen har uttrykt at de synes synd på sykepleierne som har det så travelt. I tillegg er det mye frustrasjon hos brukerne over manglende oppfølging, fordi det i deres øyne aldri er samme person som kommer for å hjelpe. Flere av våre opplevelser støttes av forskning utført andre steder i landet (Sæterstrand et al., 2015). Dette viser at dette er et reelt problem. Våre erfaringer er at tiden vi har til rådighet i stor grad påvirker hvordan vi utfører jobben. Hver enkelt bruker er tildelt en tidsramme som sykepleier må jobbe innenfor. I mange tilfeller kan tiden utnyttes bedre. Et sårstell må nødvendigvis ikke tas om morgenen, men kan flyttes til senere på dagen når det er bedre kapasitet, slik at det også blir mer tid til en veiledningssamtale. Dersom dette ikke er mulig, må samtalen planlegges og struktureres slik at den kan gjennomføres samtidig som sårskift. Dette forutsetter et tillitsforhold til bruker, noe som krever kontinuitet i personalet (Fjørtoft, 2012).

Det viser det seg at sykepleiere i hjemmesykepleien sliter med å utføre arbeidet sitt i tråd med hva som kan anses å være forsvarlig, fordi tiden ikke strekker til (Sæterstrand et al., 2015). Vi mener at dette ikke bare handler om å utnytte tiden bedre. Helsepersonelloven (1999) sier at kommunen plikter å legge til rette for at sykepleiere skal få utført faglig, forsvarlig helsehjelp. Det er for få personer med sykepleierkompetanse som er ansatt, og dette kan føre til at kvaliteten på tjenestene blir dårligere fordi sykepleierne må velge bort oppgaver (Sæterstrand et al., 2015). Vi ser at samtaler og veiledning av brukerne med diabetes lett kan være en av

oppgavene som blir valgt bort. Dette kan være fordi den helsefremmende delen av sykepleien ikke i stor nok grad har kommet frem i hjemmesykepleien. Fokuset er i større grad på behandlingen av de komplikasjonene som allerede har oppstått. Regjeringen sier at de vil bedre undervisningen til brukerne og deres pårørende for å redusere senkomplikasjoner, og at kommunen må bidra i dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Vi mener at tilstrekkelig personale kan bidra til god nok tid og kontinuitet i sykepleien til brukerne.

7 Konklusjon

Når det nå nærmer seg slutten på oppgaven, må vi se om vi har kommet frem til hvordan sykepleieren kan styrke den hjemmeboende brukers egenomsorg, ved diabetes type 2? Vi har lært at ansvar for egen helse blir stadig mer vektlagt i dagens samfunn. Ved diabetes type 2 har brukerne en mulighet til å behandle seg selv og leve et godt liv, men det kan ikke forventes at de tilegner seg riktig kunnskap på egenhånd. Sykepleierne i hjemmesykepleien må ta sin del av ansvaret for å informere, undervise og veilede dem. For å kunne gjøre dette ser vi nå nødvendigheten av å kartlegge brukerens forståelse for informasjonen som blir gitt av helsepersonell. Dette må være grunnlaget for hvordan sykepleieren formidler kunnskap for å sikre at den blir lagt på riktig nivå, og at relasjonen får et godt utgangspunkt.

Dorothea Orem legger vekt på dynamisk sykepleie, altså at sykepleierens hjelpemetoder og sykepleiesystemet må endres i takt med brukerens situasjon. Vi har lært at det hele tiden må være fokus på brukers livskvalitet, og hans rett til å medvirke. Orem mener at ved å avdekke hvor egenomsorgssvikten er, finner vi målet for sykepleien. Vi ser nødvendigheten i at sykepleier må utarbeide delmål sammen med brukeren, for at veien til målet skal bli oppnåelig og motiverende. Hva som er viktig for den enkelte bruker i situasjonen er noe som ikke må komme i skyggen av blodsukkerverdier og kostholdsrad, og målene må utarbeides med hensyn til dette. Vi har lært at uten brukermedvirkning har ikke det vi gjør noen varig effekt.

Vi mener at Orems sykepleieprosess er et anvendbart middel for god sykepleie på denne arenaen. Det vektlegges i modellen at sykepleieren må kartlegge, klargjøre sin funksjon og evaluere prosessen. Dette er nødvendig i hjemmesykepleien for å sikre kontinuitet. På en annen side setter Orem noen krav til brukerne som skal utføre egenomsorg, og disse kan virke for strenge ovenfor en eldre person som akkurat har fått en kronisk sykdom. Ikke alle har innsikt i egen situasjon, men sykepleieren har muligheten til å hjelpe dem dit, ved god veiledning og undervisning. Ved diabetes type 2 er målet et normalt blodsukker, men overvekt og inaktivitet er til hinder for normaliteten. Derfor må aktivitetsnivået økes og kostholdet endres, for å kunne stabilisere blodsukkeret og redusere faren for senkomplikasjoner. Sykepleieren må bruke sin kunnskap og kreativitet for å komme frem til forslag til endringer som brukeren kan leve med. Ingen ønsker å få livet snudd på hodet, så endringer må innføres gradvis. Slik kan det bli motiverende for brukeren å ta ansvar for egen

sykdom. Etter det vi har lært gjennom oppgaven, mener vi at sykepleieren bør også innføre en rutine på kontroll av blodtrykk og føtter, slik at eventuell risiko for komplikasjoner forebygges. I hjemmesykepleien kan det være lite kontinuitet i personalet som går til hver enkelt bruker, så for å sikre forsvarlig sykepleie må observasjoner og vurderinger dokumenteres. Grunnet tid og ressurser står undervisning og veiledning i fare for å bli bortprioritert i hjemmesykepleien. Sykepleieren må ta sin del av ansvaret ved å tenke alternativer til de eksisterende rutinene, for å få tid til de gode samtalene.

De gode samtalene mener vi at i aller størst grad kan hjelpe brukeren på vei til selvstendighet. Det må være tid nok til spørsmål og refleksjoner, for at sykepleierens kunnskap skal nå frem til ham. Sykepleieren må ha tålmodighet, omsorg og en interesse for det brukeren sier og føler, slik kan en allianse ta form. Under arbeidet med litteraturstudien har et ekte engasjement vokst frem i oss, og vi ser fram til å fortsette ute i praksisfeltet som nyutdannede sykepleiere.

Referanser

- *Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 205-214). Oslo: Akribe.
- *Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- *Diabetesforbundet (2014a). *Diabetes type 2*. Lokalisert på:
<http://diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>
- *Diabetesforbundet (2014b). *Årsaker til diabetes*. Lokalisert på:
<http://diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=1303>
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.
- *Evju, A. S., Klette, G. S., Kasén, A. & Bondas, T. (2014). ”Vi går inn i det private rommet til pasienten”. Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(1), 70-82. Lokalisert på:
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3011/2897>
- *Finbråten, H. S. & Pettersen, K. S. (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». *Vård i Norden*, 32(3), 47-52. Lokalisert på:
<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/134454/finbr%C3%A5ten%20og%20pettersen.pdf?sequence=1>
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Furuset, K. (2014). Diagnostikk av diabetes. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s.31-32). Oslo: Gyldendal.
- *Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(1), 26-34.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029>
- *Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Helsedirektoratet (2015). *Behandle og følge opp personer med nydiagnostisert type 2 diabetes*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/diabetes/behandle-og-folge-opp-personer-med-nydiagnostisert-type-2-diabetes>
- *Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes- forbygging, diagnostikk og behandling*.(Rundskriv IS-1674/2009). Oslo: Direktoratet.
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2015).

- Helse- og Omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen, Rett behandling - til rett tid – på rett sted*. (St.meld. nr 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.
- *Helse- og Omsorgsdepartementet (2013). *NCD-strategi 2013 – 2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*. Lokalisert på:
https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2015).
- Iversen, M. (2010). Diabetes. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 433-443). Oslo: Gyldendal.
- *Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 11(41). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-4>
- Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 379-391). Oslo: Gyldendal.
- *Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 216-233). Oslo: Akribe.
- *Karlsen, B., Oftedal, B. & Bru, E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 391-401.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05751.x>
- *Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(3), 558-66. Lokalisert på:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x/full>
- *Kristoffersen, N. J. (1996). Teoretiske modeller i sykepleie. I N. J. Kristoffersen (Red.). *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap* (1. utg., s. 361-455). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. FOR-2003-06-27-792.
- Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 507-536). Oslo: Gyldendal.

- *Norsk Diabetesforbund (2009). Praktiske retningslinjer: Den diabetiske fot – behandling og forebygging. Lokalisert på: http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/Helsepersonell/den_diabetiske_fot_net.pdf
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>
- *Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63. (2015).
- *Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 23-29). Oslo: Gyldendal.
- *Rokne, B. (2011). Livskvalitet ved kronisk sykdom. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 161-169). Oslo: Akribe.
- *Sagen, J. V. (2011a). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 19-67). Oslo: Akribe.
- *Sagen, J. V. (2011b). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 147-156). Oslo: Akribe.
- *Sæterstrand, T. M., Holm, S. G. & Brinchmann, B. S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje* 29 (1), 4-16. Lokalisert på: http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2015/01/hjemmesykepleiepraksis
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (1. utg., s 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.
- *Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Vaaler, S. & Møinichen, T. (2014a). Behandling av type 2-diabetes. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 89-97). Oslo: Gyldendal.
- *Vaaler, S. & Møinichen, T. (2014b). Hvorfor får man type 2-diabetes? I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 53-55). Oslo: Gyldendal.
- *World Health Organization (2015). *Diabetes Programme*. Lokalisert på: <http://www.who.int/diabetes/en/>
- *Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., s. 123-144). Oslo: Akribe

Vedlegg 1 PICO-skjema

Tittel/arbeidstittel på prosedyren: Søkeprosess for bacheloroppgave i sykepleie			
Problemstilling: <i>Hvordan kan sykepleieren styrke den hjemmeboende brukers egenomsorg ved nyoppdaget diabetes type 2?</i>			
P Pasientgruppe/ problem	I intervensjon/ eksposisjon	C sammenligning	O utfall/effekt
Diabetes mellitus Hyperglycemia Hjemmeboende Adults Nordic/European	Nurse-patient relations Home care Education Counseling Sence of coherence Self care Attitude to health Risk factors Diabetes complications Motivation		Control Autonomy Integrity Empowerment Compliance Health literacy Motivation

Vedlegg 2 Søkehistorikk SveMed+

Database: SveMed+

Dato for søket: 25.03.15.

Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
diabetes mellitus	2005-2015	709		
hyperglykemi	2005-2015	76		
nurse-patient relation	2005-2015	5624		
home care	2005-2015	1871		
Education	2005-2015	12817		
self care	2005-2015	1308		
compliance	2005-2015	492		
health literacy	2005-2015	27	4	2
Inkluderte artikler: 1) ”Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy»” av Finbråten & Pettersen (2012). 2) ”Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?” av Gabrielsen & Lundetræ (2014).				

Vedlegg 3 Søkehistorikk SveMed+ forts.

Database: SveMed+

Dato for søket: 25.03.15.

Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
diabetes mellitus AND hyperglykemi AND nurse-patient relation	2005-2015, peer reviewed, adult	8	1	0
diabetes mellitus AND hyperglykemi AND home care	2005-2015, peer reviewed, adult	2	0	
diabetes mellitus AND education	2005-2015, peer reviewed, adult	38	8	2
Inkluderte artikler: 1) "Vi går inn i det private rommet til pasienten". Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. av Evju, Klette, Kasén & Bondas (2014). 2) "Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus." av Kneck, Klang & Fagerberg (2011).				

Vedlegg 4 Søkehistorikk SveMed+ forts.

Database: SveMed+

Dato for søket: 25.03.15.

Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
diabetes mellitus AND hyperglykemi AND self care	2005-2015, peer reviewed, adult	19	5	0
diabetes mellitus AND hyperglykemi AND compliance	2005-2015, peer reviewed, adult	3	0	
diabetes mellitus AND hyperglykemi AND health literacy	2005-2015, peer reviewed, adult	0	0	
diabetes mellitus AND motivation	2005-2015, peer reviewed, adult	12	3	1
Funn av artikkel: "No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: a cluster randomised trial" av Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol. Denne førte oss til artikkelen: " <i>Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis</i> " (2010), av de samme forfatterne. Den er brukt i oppgaven.				

Database: SveMed+

Dato for søk: 04.05.15

Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
Hjemmesykepleie	2005-2015, peer reviewed, adult	7	2	1
Inkludert artikkel: "Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis" av Sæterstrand, Holm & Brinchmann (2015).				

Vedlegg 5 Søkehistorikk Cinahl

Database: Cinahl

Dato for søket: 26.03.15.

Søkeord	Avgrensninger	Type søk	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
diabetes mellitus OR hyperglycemia	adults, Europa, 2005-2015, peer reviewed	Academic journals	10 512		
#2 AND nurse- patient relation	adults, Europa, 2005-2015, peer reviewed	Academic journals	10 282		
#2 AND home care	adults, Europa, 2005-2015, peer reviewed	Academic journals	10 284		
#2 AND home care AND education	adults, Europa, 2005-2015, peer reviewed	Academic journals	10 284		
diabetes compliance	adults, Europa, 2005-2015, peer reviewed	Academic journals	540		
diabetes compliance AND health literacy	adults, Europa, 2005-2015, peer reviewed	Academic journals	1	0	
diabets type 2 AND diabetes- related stress AND self care	adults, Europa, 2005-2015, peer reviewed	Academic journals	7	3	1
<p>Inkludert artikkel: "The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes". av Karlsen, Oftedal & Bru (2012).</p>					