



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum

Avdeling for helse og idrett

4BACH

Luella Skogsholm og Helena Johnsen

Veileder: Anne Grethe Kydland

Sykepleierens veiledende rolle i møte med pasienter med diabetes type 2

Nurses guiding role in meeting patients with type 2 diabetes

Antall ord: 13032

BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag:

Tittel: Sykepleierens veiledende rolle i møte med pasienter med diabetes type 2.

Hensikt: Å finne ut hva god sykepleie er til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2.

Problemstilling: *"Hva er god sykepleie i møte med pasienter som nylig har fått diagnosen diabetes type 2?"*

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie bygget på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og hovedsakelig kvalitativ forskning, men noe kvantitativ forskning er anvendt.

Teori: Relevant teori presenteres i forhold til drøfting og besvarelsen av problemstillingen. Temaene som presenteres er diabetes, veiledning, livsstilsendring og sykepleiemodellen til teoretikeren Dorothea Orem.

Konklusjon: Dorothea Orem's modell er anvendelig i møte med pasienter med nyoppdaget diabetes type 2, da den hjelper til å lage et system, slik at man kan gjennomføre god sykepleie. Den gir oss en ryddighet i å forsikre oss om at pasientene ikke mangler kunnskap når de kommer hjem. Modellen gir en fin oversikt som det er mulig å handle etter, selv om den ikke konkret forteller oss hva vi skal gjøre. Ved å anvende Orem's modell kan vi kvalitetssikre sykepleien til pasientene, og unngå at pasienter blir utskrevet fra sykehuset med manglende kunnskaper, noe vi erfarte i praksis.

Forord

Prosessen med å skrive denne oppgaven har vært spennende og lærerik. Vi har også utfordret oss selv, spesielt på området om metodekunnskap og drøfting. Å gjøre et litteraturstudie har gitt oss stor kunnskap om diabetes type 2. Kunnskapen vi har tilegnet oss fra teori og forskning, vil vi kunne ha god nytte av når vi skal drive klinisk praksis og evidensbasert sykepleie.

Vi vil også benytte anledningen til å takke vår veileder Anne Grethe Kydland ved Høgskolen i Hedmark. Hun har bidratt med konstruktiv tilbakemelding, gode råd og veiledning. Dette har vært til stor hjelp på veien til en ferdig oppgave slik den fremstår i dag.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag:	2
Forord	3
1. Innledning	5
1.1. Avgrensning og disposisjon	5
1.2. Presentasjon av problemstilling	6
1.3. Personlig relevans	6
2. Metode	7
2.1. Litteratursøk	8
2.2. Valg av litteratur	8
2.3. Kildekritikk	9
2.4. Presentasjon av forskningsartikler	10
3. Teoridel	13
3.1. Diabetes mellitus	13
3.1.1. Diabetes mellitus type 2	13
3.1.1.1. Komplikasjoner	14
3.1.1.2. Behandling	15
3.2. Hva er god sykepleie	16
3.2.1. Sykepleierens veiledende og undervisende rolle.....	17
3.2.1.1. Forandringsprosessen	19
3.2.1.2. Empowerment	20
3.2.1.3. Salutogenese.....	21
3.2.2. Livsstilsendring	22
3.2.2.1. Ernæring	22
3.2.2.2. Fysisk aktivitet	24
4. Sykepleieteori	26
4.1. Dorothea Orems teori	26
5. Drøfting	29
5.1.Hva er god sykepleie – relatert til Orems sykepleiemodell	29
5.2.Forholdet mellom egenomsorgskapasitet og egenomsorgskrav	34
6. Konklusjon	38
7. Litteraturliste	39
Vedlegg 1 – Litteratursøk	44

1. Innledning

I hele verden øker forekomsten av diabetes raskt, og tall fra Diabetesforbundet i 2013 viser at ca. 350 000 nordmenn har diabetes type 2. Halvparten av disse er ikke klar over sin tilstand. De siste 50 årene har antall nordmenn med diabetes type 2 blitt firedoblet, og det er ca 6000-7000 nordmenn som får diagnosen hvert år (Diabetesforbundet, 2013). Denne økningen har sammenheng med både arv, livsstil og økning i levealder. Diabetes type 2 er en alvorlig sykdom, og en medvirkende årsak til utvikling av hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, nyresvikt og blindhet (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2012). Sykdommen representerer en utfordring for helsevesenet og for de som har diabetes. Tidlig diagnose, god behandling og oppfølging er sentralt for å forebygge utviklingen av ulike typer komplikasjoner.

I vårt litteraturstudium vil vi finne ut hva som er god sykepleie i møte med pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. I løpet av vår 3-årige utdanning har vi tilegnet oss kunnskaper om diabetes, og vi ønsker med denne bacheloroppgaven ytterligere kompetanseløft. Diabetes har økt fokus i samfunnet, på bakgrunn av høy sykdomsutvikling. Likevel ser vi nødvendighet av å fokusere ytterligere på sykdommen. Årsaken til dette er at forskning og egne erfaringer belyser behov for kompetanseheving blant sykepleiere, relatert til diabetes, livsstilsendringer og veiledning. Vi synes dette tema er interessant og det har personlig relevans i forhold til egne erfaringer fra praksis, yrkesliv og rettet til sykdom i familiære forhold.

Helsedirektoratet (2009) påpeker viktigheten av god tilrettelegging og behandling ved diagnosetidspunkt, da det danner grunnlaget for evnen til å håndtere behandlingen videre fremover. Vi vil finne ut hvordan vi som sykepleiere kan forberede pasienten på en best mulig måte til livsstilsendring.

1.1. Avgrensning og disposisjon

Vi avgrenser problemstillingen vår til en pasientgruppe med nyoppdaget diabetes type 2, i aldersgruppen 40-60 år. Arenaen der vi møter pasientene er ved innleggelse og diagnosetidspunkt på sykehuset. Pasienten vi mest sannsynlig møter vil være overvektig og ha dårlige levevaner preget av inaktivitet, røyking og usunt kosthold. Symptomer ved innleggelse kan være tretthet, slapphet, munntørrehet, tørste og hyppig vannlating, noe som er tegn på hyperglykemi (Løvås & Husebye, 2013). Disse plagene kan pasienten ha gått med over en lengre periode, da det er diffuse plager. Pasienten har kanskje ikke ansett plagene som en nødvendighet å søke hjelp for, til tross for at det i stor grad kan påvirke hverdagen. Vi tenker med vår bakgrunn at å bli rammet av kronisk sykdom kan oppleves som en krise. Våre

erfaringer fra praksis, samt hva vi har lest av pasienthistorier viser at pasientene opplever lettelse. Pasientene opplever lettelse over at de endelig har funnet årsaken til plagene, og at det er mulig å gjøre noe med problemene deres.

Behandlingen rettes mot medikamenter, endringer i kosthold og aktivitetsnivå. Det vil være gunstig å regulere blodsukkeret ved endringer i kosthold og aktivitet før medikamentell behandling. Da sykdommen ofte oppdages sent, kan pasienten allerede ha utviklet senkomplikasjoner og ha tilleggs lidelser. Mange pasienter vil da ha behov for medikamentell behandling for å regulere blodglukosen. Vi vil fokusere på hva våre oppgaver som sykepleier blir i møte med denne pasientgruppen i forhold til å kunne veilede og motivere til livsstilsendring. I vår oppgave legger vi hovedvekt på livsstilsendringer ved kosthold og fysisk aktivitet. Ernæring og fysisk aktivitet har stor innvirkning på blodglukosen, og endringer i levevaner vil være forebyggende i forhold til senkomplikasjoner. På grunn av vårt fokusområde og litteraturstudiets ordbegrensninger, blir det nevnt lite om andre viktige områder som senkomplikasjoner, pårørende og medikamentbehandling.

1.2. Presentasjon av problemstilling

Vi fokuserer på møtet med pasienter som nylig har fått diagnosen diabetes type 2, ved en medisinsk avdeling på sykehuset. Vi vil finne ut hva som er god sykepleie i møte med pasientene. Dette innebærer at vi må finne ut hva som er viktig å vektlegge for å sikre at pasienten er best mulig forberedt før hjemreise. Problemstillingen vår ble derfor:

Hva er god sykepleie i møte med pasienter som nylig har fått diagnosen diabetes type 2?

1.3. Personlig relevans

I praksis har vi erfart at det er behov for kunnskap om diabetes og kosthold både hos sykepleiere, pasienter og pårørende. Vi har også sett at pasienter ved diagnosetidspunkt har fått for lite informasjon og oppfølging. Dette medfører lite kunnskap om egen diagnose, og pasientene er dermed ikke godt nok forberedt til en eventuell livsstilsendring. I ett av pasientmøtene fremkommer det at pasienten har blitt sendt hjem fra sykehus uten blodsukkerapparat og strimmel, samt at vedkommende ikke behersket å måle dette selv. I tillegg hadde pasienten bare fått med seg insulinpenner, men ikke insulinspisser.

Samhandlingsreformen innebærer blant annet kortere innleggelsesperiode på sykehuset, og

mer penger og ansvar til kommunene (Mæland, 2010). Vi og sykepleierne vi har møtt i praksis opplever at dette krever økt kunnskap og kompetanse blant helsepersonell i kommunehelsetjenesten. I forhold til pasienteksemplet ovenfor, og andre erfaringer fra praksis, opplever vi at pasienter blir utskrevet fra sykehus for tidlig, da de ikke behersker måling av blodsukker, insulinsetting eller har tilstrekkelig kunnskap om sin diagnose og livsstilsendring. I tillegg opplever vi at flere sykepleiere ikke har den kompetansen som kreves etter Samhandlingsreformen, noe som vil medføre en dårligere oppfølging og behandling av pasientene. Samhandlingsreformen krever dermed et kompetanseløft blant sykepleiere. På den annen side blir tilgangen på helsehjelp lettere for folk med tanke på den voksende kommunerollen.

Flere pasienter vi har møtt i praksis har vi opplevd som noe ukritiske til sin tilstand. Vi tror årsakene til dette kan ha sammenheng med dårlig informasjon og oppfølging, samt manglende motivasjon hos pasienter. Vi har opplevd at pasienter uttrykker fortvilelse og at de ikke forstår hvorfor blodsukkeret er så høyt, eller hvorfor de ikke oppnår vektreduksjon. Dette til tross for egen og vår visshet om at pasienten har spist usunt eller for store mengder. Slik vi ser det lurer pasienten seg selv, da det som kommer til uttrykk ikke alltid er i samsvar med de faktiske forhold. Årsaken til at vi har valgt sykehuset som arena er fordi vi har møtt pasienter både i hjemmesykepleien og på sykehus, med diabetes type 2, som selv føler at de fikk for lite informasjon når de var innlagt på sykehuset, og at de dermed ikke hadde kunnskapen eller ”verktøyene” de trengte for å kunne gjøre en endring.

2. Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Vilhelm Aubert, referert i Dalland, 2013, s. 111). Man skiller mellom to ulike metoder, de kvantitative metodene og de kvalitative metodene. Kvantitativ metode gir oss data i målbar form, som tall og statistikk. Dataene i kvantitativ metode blir ofte hentet gjennom spørreskjemaer som har faste svaralternativer, eller gjennom systematiske og strukturerte observasjoner. Denne metodeformen går mer i bredden og innhenter få opplysninger om mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2013). Ved kvalitativ metode går man mer i dybden, og innhenter mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp mening og opplevelser, noe man ikke klarer ved en kvantitativ metode. Innhenting av data skjer oftest gjennom fleksible intervju, som ikke er preget av faste

svaralternativer, og ustruktureerte observasjoner. Her er ofte den som forsker i kontakt med det som undersøkes, og man prøver å finne en sammenheng og helhet i dataene som samles inn (Dalland, 2013).

I vår oppgave har vi hovedsakelig anvendt kvalitative forskningsartikler, da vi synes denne metoden er best egnet for å kunne hjelpe oss å belyse og begrunne vår problemstilling. Ved å ha anvendt kvalitative forskningsartikler har vi fått muligheten til å gå mer i dybden på et tema, og fått frem meninger og opplevelser. Vi har også hatt med en kvantitativ forskningsartikkel og slik sett gått mer i bredden for å belyse vår problemstilling, og for å kunne besvare vår oppgave på en best mulig måte.

2.1. Litteratursøk

For å finne frem til forskningsartikler har vi benyttet ulike databaser og søkemotorer, hvor vi har brukt søkeord som er relevant for vår oppgave og problemstilling. Databaser vi har anvendt er SveMed+, Cinahl og Oria. Vi har brukt søkeordene: Diabetes type 2, Change of lifestyle, Education, Newly diagnosed, Lifestyle, Motivation, Nurse patient relationship, Counseling og Patient education. Vi brukte SveMed+ og deres MESH-termer for å finne de engelske søkeordene som kunne gi oss best resultat i søkeprosessen vår, i internasjonale databaser. Vi fikk opp mange artikler som var relevant for oppgaven. Vi begrenset søket i forhold til årstall. Årstallet varierte fra søk til søk, men vi har ikke søkt etter artikler som er eldre enn 2007. Dette pga. at vi ville ha den nyeste forskningen innenfor emnet. Vi leste systematisk gjennom abstrakter til artiklene vi anså som relevante, og ekskluderte etter hvert artiklene vi anså som ikke fullt så relevante, i forhold til oppgaven og problemstillingen vår. Søkehistorikken er vedlagt som eget vedlegg.

2.2. Valg av litteratur

I denne oppgaven har vi benyttet oss av pensumlitteratur og egenvalgt litteratur. I forhold til egenvalgt litteratur har vi vurdert ut i fra forfatterens utdannelse, og at de innehar kompetanse innenfor temaet for oppgaven vår, samt at dette er litteratur som er troverdig. I tillegg har vi brukt skolens bibliotek, og skolens søkemotor "Oria" i våre søk etter egenvalgt litteratur. Da litteratur som finnes på skolen er anbefalt, synes vi dette er betryggende å anvende i vår oppgave.

2.3. Kildekritikk

I følge Dalland (2013) er kildekritikk de metodene som anvendes for å fastslå om en kilde er sann, noe som betyr at man må vurdere og karakterisere de kildene man benytter. Målet med kildekritikken er å vise at vi er i stand til å stille oss kritisk til de kildene vi har anvendt i vår oppgave, og hvilke kriterier vi har anvendt under utvelgelsen av kildene våre (Dalland, 2013). I vår oppgave har vi valgt å anvende forskning som hovedsakelig er fra Norden og Europa, da dette er relevant for vår pasientgruppe og utøvelse av sykepleie, og at dette er studier nærmere Norge og mer lik vår kultur. Gjennom vår søkeprosess har vi anvendt helsefaglige databaser, og ett av våre ekskluderings kriterier var at vi ikke søkte etter artikler eldre enn 2007. Dette pga. at det er mye forskning innenfor temaet til vår oppgave, og vi ønsket å anvende den nyeste forskningen. Dette kan ha medført at vi har gått glipp av relevant forskning som er eldre, men vi følte at det var hensiktsmessig å bruke forskningsartikler som nylig har blitt utgitt, da det bedre begrunner og belyser vår problemstilling. Vi gjennomførte søk i tre databaser. Dette kan ha gjort at vi har gått glipp av studier i andre databaser. For å finne flest mulige studier ønsket vi å gjøre et bredt søk. Vi brukte søkeord som var generelle for å dekke godt nok hva vi ville finne frem til. Det kan tenkes at dette ble for bredt, og at vi i større grad kunne gjort flere søkekombinasjoner med AND mellom ordene. Dette kunne ha gjort at vi hadde funnet flere studier. På grunn av vår manglende erfaring med databasesøk og denne type oppgaveskriving, er dette også en svakhet med tanke på litteratursøkene. Gjennom søkeprosessen anvendte vi to spørsmål fra Dalland (2013), 1. Om artikkelen er relevant for vår problemstilling?, og 2. Er kilden pålitelig?. Ved å anvende disse spørsmålene gjennom vår utvelgelsesprosess av forskningsartikler, føler vi at vi hele tiden har vært kritiske til kildene. I tillegg til dette har vi kun valgt artikler som er bygd opp etter IMRAD prinsippet, som betyr at en forskningsartikkel skal bestå av en introduksjon, metode, resultat og en diskusjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012).

Blant våre forskningsartikler er fire av fem kvalitative studier, dette ser vi som positivt da disse forskningsartiklene går mer i dybden, noe som er ønskelig for å kunne besvare vår problemstilling. Vi synes også det er positivt at vi har tatt med en kvantitativ forskningsartikkel, da vi på denne måten kan få frem ulik kunnskap og perspektiver om vårt tema (Nortvedt et al., 2012).

Alle forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven, bortsett fra en, er skrevet på Engelsk og dette kan ha ført til at noe av oversettingen har blitt feiltolket fra vår side. For å unngå misforståelse i den grad det er mulig, har vi gjort grundig søk for oversettelse.

I den grad det har vært mulig har vi prøvd å anvende primærkilder i dette litteraturstudiet. Hvis primærkildene ikke har vært tilgjengelig, har vi vært nødt til å bruke sekundærkilder. Dalland (2013) sier at ved å bruke primærkilder er det som er skrevet ikke gjengitt av andre, og man unngår derfor at andre har mistolket noe. Dermed kan bruk av sekundærkilde føre til feiltolkninger av innholdet.

2.4. Presentasjon av forskningsartikler

Discrete choice as a method for exploring education preferences in a Danish population of patients with type 2 diabetes (Schiøtz, Bøgelund, Almdal & Willaing, 2011). Denne studien er utført i Danmark, og hensikten er å finne ut hvilken undervisning pasienter med diabetes type 2 foretrakk. Dette i forhold til temaer som å leve godt med diabetes, forebygge komplikasjoner, sunn ernæring, fysisk aktivitet og psykososiale problemer forbundet med diabetes. Dette er en kvantitativ studie, og studien mottok 2187 brukbare resultater fra pasienter med type 2 diabetes. Studien viste at å utvikle kompetanse innenfor det å leve et godt liv med diabetes, sunn ernæring, gode vaner innenfor fysisk aktivitet, og å forebygge komplikasjoner, var høyt verdsett informasjon. Pasientene foretrakk å være involvert i planleggingen av egen behandling sammen med et helsepersonell. I tillegg foretrakk pasientene å få individuell tilrettelagt undervisning eller veiledning, fremfor ferdiglagd informasjon. Studien konkluderer med at pasienter med type 2 diabetes foretrekker å være aktivt involvert i undervisning om sin tilstand, og de ønsker å opparbeide seg kompetanse for å forebygge og kontrollere komplikasjoner, samt at de ønsker å involvere deres sosiale nettverk mer for støtte. Denne studien indikerer at undervisning og støtte bør bli bedre tilpasset den enkelte pasienten, og at pasienten bør bestemme innholdet og undervisningsformen. Man bør fremme mer pasientdeltagelse i undervisningen i stedet for passiv-lytting.

The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007) Denne studien er utført i Finland, og hensikten er å utforske helsearbeidernes syn på både pasientens, og den profesjonelles rolle i håndteringen av sykdom og risikofaktorer, knyttet til livsstil. Mange av helsearbeiderne var enige om at en barriere i arbeidet med livsstilsendring ofte var pasientens mot-villighet til å endre sin livsstil og vaner. Flere av helsearbeiderne var

også enige at det å gi informasjon, og å være støttende og motiverende til pasientens livsstilsendring var en del av jobben deres, men bare halvparten syntes de hadde tilstrekkelig kompetanse til å veilede mot en livsstilsendring. Brukermedvirkning og egenomsorg er viktige begreper i møte med, og i behandling av kronisk sykdom. Det er nødvendig at pasienten aksepterer sitt ansvar rundt egen sykdom og tar egne avgjørelser. Studien konkluderer med at brukermedvirkning er viktig i møte med pasientene, men at mange av pasientene ikke klarer å gjøre valg som er i deres beste interesse. Informasjon og veiledning om deres tilstand er viktig, da studier blant diabetes type 2 pasienter har vist at det er mange misforståelser angående sykdommen, og behandlingen av den. I tillegg belyser flere studier at økt kunnskap om diabetes har god effekt på reguleringen av blodsukkeret. Den største utfordringen i møte med pasientene var deres egen uvilje til endring, eller at de ikke var godt nok motivert, og at dette stod i veien for den videre behandlingen.

Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie (Tjelta, Holsen, 2013). Denne studien er norsk, og har til hensikt å få bedre innsikt i faktorer som har betydning for mestring ved diabetes type 2, samt å undersøke betydningen av et gruppebasert opplæringskurs for mestring ved sykdommen. Dette er en kvalitativ studie der 16 deltakere ble intervjuet. Gruppeundervisning gir mulighet for å diskutere og utveksle holdninger, følelser og motivasjon i forhold til å leve med diabetes, og kan være en kilde til inspirasjon. I studien fremkommer det at det gir støtte å møte og lære av andres erfaringer, samt at det styrker egen motivasjon å se at andre en kan sammenligne seg med mestrer oppgaver. I tillegg er pårørende viktig som støtte og motivasjon, og at pårørende kunne delta på kurset var en viktig faktor. Kunnskap om ernæring var en viktig faktor for å mestre og å leve godt med diabetes. Det som opptok deltakerne var hverdagskostens betydning for videre sykdomsutvikling, samt hvordan maten påvirker dagsform og blodsukkeret. Kunnskaper om sykdommen ble ansett som en kunnskap som gjør den enkelte i stand til å handle, det gir kontroll. Det er en ressurs som kan gi bedre forståelse av situasjonen, og hvordan man best kan forholde seg til den. Det ble uttrykt av enkelte på gruppen at man tidlig i sykdomsforløpet burde få opplæring i sykdomslære. De mente også at kurs burde være et tilbud pasientene fikk ved sykdomsdebut. Informasjon på et tidlig stadium vil gi muligheter for at en raskere kan aktivt tilpasse seg sykdommen og redusere stress.

Patients with Type 2 Diabetes experience of making multiple lifestyle changes: A qualitative study (Malpass, Andrews, Turner, 2008) Denne studien er utført i England, og hensikten er å undersøke erfaringer hos pasienter med diabetes type 2, knyttet til å endre livsstil ved en (kosthold) eller flere endringer (kosthold og fysisk aktivitet), og om pasientene opplevde økt fysisk aktivitet som støttende eller som en hindring på kostholdsendringer og omvendt, samt om flere livsstilsendringer samtidig opplevdes motvirkende eller fordelaktig.

Dette er en kvalitativ studie der 30 personer ble intervjuet. Resultatene av studien viste at informasjon om kosthold og fysisk aktivitet samtidig, oppmuntret pasientene til strategisk å bruke fysisk aktivitet som metode for å oppnå kontroll over sykdommen, samt at de fleste pasientene erfarte at flere livsstilsendringer samtidig var hjelpsomme. Studien konkluderte med at økt fysisk aktivitet er en atferd som har positiv virkning på andre atferdsmønstre. Det er en atferd som virker mer støttende for å gjøre kostholdsendringer enn omvendt. Effekten av fysisk aktivitet fremmer motivasjon til å endre kosthold. Dersom personen sliter med å gjøre flere endringer samtidig bør helsepersonell motivere pasienten til å øke aktivitetsnivå før kostholdsending, da fysisk aktivitet påvirker velvære og motivasjon til selvkontroll.

Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (Esposito, Maiorino, Ciotola, Palo, Scognamiglio, Gicchino, Petrizzo, Saccomanno, Beneduce, Ceriello, Giugliano, 2009). Denne studien er utført i Italia, og målet er å sammenligne effekten av en diett med lite karbohydrater, også kalt Middelhavskost, og en diett med lavt fettinntak, med tanke på behovet for medikamentell behandling hos pasienter som nylig er diagnostisert med type 2 diabetes. I studien var det 215 overvektige pasienter med nyoppdaget diabetes type 2, som aldri hadde blitt behandlet med antidiabetika, og hadde HbA1c-nivåer lavere enn 11 %. Det ble gjennomført en randomisert studie for å sammenligne effekten av middelhavskost og en diett med lite fett. Dette med tanke på god blodglukose- kontroll hos pasienter med nyoppdaget type 2-diabetes. Svakheter ved studien er at pasientene selv rapporterte matinntaket. Deltakerne hadde fått opplæring i forhold til ernæring og fysisk aktivitet, samt at pasienter som røykte ble oppfordret til å slutte.

Resultatet viste at 44 prosent av pasientene som gikk på middelhavskost, kontra 70 prosent av pasientene som gikk på diett med lavt fettinnhold, måtte ha medikamentell behandling etter 4 år. Studien konkluderte med at middelhavskost førte til mer gunstige endringer i forhold til koronar risikofaktorer, bedre blodglukose-kontroll, og forsinket behovet for orale antidiabetika, sammenlignet med pasienter som gikk på diett med lite fett.

3. Teoridel

Her presenterer vi deler av resultatet fra vårt litteraturstudium. For å belyse problemstillingen finner vi det relevant å beskrive diabetes type 2. Videre beskriver vi hva veiledning til denne pasientgruppen innebærer. Vi tar for oss livsstilssendring, og forklarer kostholdsvarianter og fysisk aktivitet som er anbefalt for diabetikere. Tilslutt i teoridelen beskriver vi modellen til sykepleieteoretikeren Dorothea Orem, som er basert på krav og kapasitet til egenomsorg.

3.1. Diabetes mellitus

Diabetes er et økende helseproblem både i Norge og internasjonalt. Sykdommen klassifiseres i type 1 diabetes, type 2 diabetes, svangerskapsdiabetes og andre spesielle former (Løvås & Husebye, 2013). Diabetes type 1 og type 2 er de vanligste sykdomsformene. Felles for sistnevnte tilstander er forandringer i insulinproduksjon og forhøyet blodglukose. Ved diabetes type 1 er det total mangel på insulinproduksjon, og pasienten er avhengig av å behandles med insulin. Type 2 er en tilstand med nedsatt insulinproduksjon, og behandling rettes mot livsstiltiltak og perorale medikamenter (Løvås & Husebye, 2013). Som oftest rammes personer i 40-årsalderen og eldre av sykdommen. Personer i 20-årsalderen kan utvikle sykdommen, men det er mer sjeldent (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2012).

3.1.1. Diabetes mellitus type 2

Diabetes type 2 er en sykdom som fører til at kroppen får problemer med å omsette glukose. Karbohydrater i maten nedbrytes i tynntarmen, hovedsakelig til glukose, som tas opp i blodet. Cellene i kroppen trenger glukose for å fungere. Glukose fraktes via blodet til cellene, som bruker glukosen som energikilde, eller at det lagres som glykogen til senere bruk (Aas, 2011). Ved diabetes type 2 skyldes den høye blodglukosen både et underskudd av insulin og et overskudd av glukagon. Glukagon er et hormon som produseres i alfa-cellene i bukspyttkjertelen. Hormonet stimulerer leveren til å avgi glukose til blodet, slik at blodsukkeret øker, og videre fremmer det dannelsen av glukose av fett og protein (Halse, 2009). Hormonet insulin er nødvendig for at celler i muskler og organer skal kunne ta opp glukose. Dette hormonet produseres i beta-cellene i bukspyttkjertelen. Hormonet senker blodets glukoseinnhold, ved å fungere som en «nøkkel» som åpner «porten» for glukose inn til muskel og fettvev, slik at glukosenivået i blodet synker (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo,

2012). Insulinets virkning på muskel, lever og fettceller blir nedsatt hos personer som er i ferd med å utvikle diabetes type 2. Cellene i kroppen blir gradvis mindre følsomme overfor insulin, og utvikler insulinresistens. Altså at kroppen må produsere mer insulin enn normalt for å kunne ta opp nødvendig glukose i muskulaturen, dempe glukoseproduksjonen i leveren, og dempe frigjøringen av fettsyrer fra fettcellene (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2012). Etter hvert blir det vanskelig for kroppen å regulere blodsukkernivåene. Cellene får ikke tilstrekkelig energi, mens blodet inneholder høye nivåer av glukose. Personen utvikler da diabetes.

Diabetes type 2 skyldes en kombinasjon mellom disponerende gener, livsstil med inaktivitet og overvekt som gjør at pasienten utvikler insulinresistens. Type 2 diabetes karakteriseres ofte ved overvekt, økt midjeomkrets, høyt blodtrykk og høye nivåer av triglyserider i blodet (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2012).

3.1.1.1. Komplikasjoner

Forløpet ved diabetes type 2 er at blodglukosen stiger langsomt over flere år, og det kan gjerne gå over 10-12 år før man endelig får diagnosen (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2012). Grunnen til dette er at sykdommen i tidlig fase er svært symptomfattig, og det er derfor vi regner med at over halvparten av dem vi tror har diabetes type 2 i Norge, ikke er klar over dette selv. Når symptomene begynner å komme som f.eks. slapphet, trøtthet og hyppig vannlatning, har man gjerne hatt sykdommen i noen år, og over halvparten av pasientene har utviklet en diabeteskomplikasjon innen diagnosetidspunkt (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2012).

Mikrovaskulære komplikasjoner

Mikrovaskulære komplikasjoner oppstår i mindre blodkar, og kan ramme nyrer, øyne og perifere nerver. Komplikasjoner som rammer øynene kalles retinopati, og diabetes er den vanligste årsaken til blindhet hos personer under 65 år (Sagen, 2011a). Diabetisk nefropati er komplikasjoner i nyrene, og er den vanligste årsaken til nyresvikt og nyretransplantasjon i den vestlige verden. Den vanligste senkomplikasjonen er nevropati som er komplikasjon i perifere nerver. Dette fører til mindre sensibilitet i tær og føtter, noe som medfører økt risiko for sårutvikling. Nevropati er den viktigste risikofaktoren når det gjelder diabetiske fotsår og amputasjoner (Sagen, 2011a).

Makrovaskulære komplikasjoner

Diabetes øker risikoen for kardiovaskulær sykdom, og den vanligste årsaken til sykdom og dødelighet hos personer med type 1 og 2 diabetes, er makrovaskulære komplikasjoner (Sagen, 2011a). Makrovaskulære komplikasjoner kan for eksempel være slag eller hjerteinfarkt.

Blodtrykksbehandling er viktig for å forebygge både mikro- og makrovaskulære komplikasjoner. Blodtrykket kan man redusere både gjennom fysisk aktivitet og medikamenter. Det anbefales også å gå ned i vekt for å forebygge mot makrovaskulære komplikasjoner, da det øker insulinfølsomheten, bidrar til bedre glykemisk kontroll og reduserer blodtrykket (Sagen, 2011a).

3.1.1.2. Behandling

Det overordnede målet med behandlingen av diabetes er å unngå hyper- eller hypoglykemi. Dette innebærer å ha en stabil blodglukose, og å hindre utvikling og progresjon av diabetiske senkomplikasjoner (Sagen, 2011a). Hypoglykemi vil si at blodsukkeret er lavt og verdiene er under 4 mmol/l. Hyperglykemi er høyt blodsukker med verdier fra 10 mmol/l, og oppover. Behandlingsmål for personer med diabetes er å ha en fastende blodglukose mellom 4-6 mmol/l, og en ikke-fastende blodglukose mellom 4-10 mmol/l (Sagen, 2011a). HbA1c står for glykosylert hemoglobin. Verdien bør være på 7 % eller lavere. En HbA1c på 7%, vil si et gjennomsnittlig blodsukker på 8,2 mmol/l de siste 6-12 ukene. HbA1c gir et bedre bilde av blodglukosenivået enn én enkelt måling (Sagen, 2011a).

Behandlingen av diabetes type 2 innebærer ikke bare kontroll og regulering av blodglukosen, men også kontroll av blodtrykket og blodlipider som f.eks kolesterol. Dette fordi personer med diabetes type 2 har en disposisjon for hypertensjon. Halvparten av pasientene med diabetes type 2 har allerede hypertensjon når de får diagnosen, og ytterligere en fjerdedel utvikler det i løpet av sykdommens gang. Mer enn halvparten av pasientene har også forhøyet kolesterol, noe som setter de i risikozonen for å utvikle makrovaskulære komplikasjoner (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2012).

Hos en del personer med diabetes type 2 vil som regel ikke-farmakologiske tiltak, som endringer i kosthold og fysisk aktivitet, være tilstrekkelig for å kunne oppnå en stabil blodglukose (Sagen, 2011a). For å kunne gjøre endringer i kosthold og fysisk aktivitet trenger ofte pasientene hjelp fra helsepersonell. Helsepersonell spiller en viktig rolle i møte med pasienter med diabetes, ved at de kan bidra med teoretisk og praktisk kunnskap, som må

formidles på en forståelig måte. Det er også viktig å motivere pasientene til å nå sine behandlingsmål. Ved å ha økt kunnskap om sin sykdom vil dette føre til at pasientene blir bedre rustet til å takle ulike aspekter ved sykdommen (Sagen, 2011a). Personer med diabetes type 2 må inneha kunnskaper om diabetes, de må vite hvordan fysisk aktivitet og kosthold påvirker blodglukosen, og hvordan man kan egenbehandle sykdommen.

Hos personer med diabetes type 2 hvor livsstilsbehandling alene ikke gir tilstrekkelig kontroll på blodglukosen, er legemidlet Metformin førstevalg å starte med. Metformin fungerer ved at det reduserer glukosefrigjøringen fra leveren, og det kan også øke insulinfølsomheten i muskulatur som igjen stimulerer glukoseopptaket. Dette medikamentet skal ikke gi vektøkning eller hypoglykemi (Sagen, 2011a).

Når en pasient med diabetes type 2 ikke klarer å nå behandlingsmålet med omlegging av kost, økt fysisk aktivitet, vektreduksjon og perorale antidiabetika, vil det være aktuelt med insulinbehandling (Måløy, 2011). Mange pasienter kan vegre seg for å begynne med insulin. Dette fordi en kan være engstelig for sykdomsforverring, vektoppgang, for selve insulininjeksjonen eller for hypoglykemi, også kjent som føling (Måløy, 2011). Mange kan da se det som en motivasjonsfaktor å holde blodglukosen stabil, gjennom livsstilsendringer og perorale antidiabetika lengst mulig, for å unngå behandling med insulin.

3.2. Hva er god sykepleie

Sykepleie baseres på verdier, holdninger og fagkunnskap. Det er et av de eldste og viktigste yrkene i samfunnet. De grunnleggende verdiene for å utøve sykepleie er barmhjertighet, nestekjærlighet og omsorg. Faget er i stadig utvikling, og for å utøve god sykepleie må man til enhver tid være faglig oppdatert. Sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag består av ulike kunnskaper og kompetanse, som til sammen gir en helhet. Det bygger på teori både innenfor naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanistiske fag, samt kunnskaper innenfor sykepleiefaget, yrkesetiske retningslinjer og erfaringer (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). I møtet med den enkelte pasient må sykepleieren bevisst og oppmerksomt bruke sine sanser. Evnen til å observere, å se, lytte, kjenne, og til å leve seg inn i pasientens situasjon, er sentralt for å kunne hjelpe pasienten. Videre må sykepleieren kunne utføre handlinger for å ivareta menneskets grunnleggende behov, samt inneha tekniske ferdigheter for å utføre ulike prosedyrer. Sentrale funksjonsområder som sykepleiere har, er helsefremming og

forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning, veiledning, administrativ og fagutviklende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005).

3.2.1. Sykepleierens veiledende og undervisende rolle

Våre erfaringer fra praksis i møte med pasienter på sykehus, og i hjemmesykepleien som nylig har fått diabetes type 2, er at pasientene ikke har fått nok informasjon om gevinsten ved livsstilsendring, eller god nok informasjon om komplikasjonene ved diabetes. Dermed har ikke pasienten nok kunnskap om sin sykdom, og kan ha en oppfatning om at legemidlene er den eneste behandlingen for å kontrollere blodglukose og blodtrykk. Vi vil derfor i denne oppgaven gå nærmere inn på sykepleierens veiledende og undervisende rolle i møte med disse pasientene, og på hvilken måte vi som sykepleiere kan informere og motivere pasienten på en best mulig måte, under den korte perioden pasienten er innlagt på sykehus. Veiledning og undervisning er viktig da god egenbehandling og mestringsevne er sentralt for den som har fått diabetes, og er en forutsetning for vellykket behandling (Karlsen, 2011).

Lov om spesialisthelsetjenester (2013) § 3-8, belyser at pasientopplæring er en av sykehusenes lovpålagte oppgaver. Pasientopplæringens mål er å bedre helsestatusen til den enkelte. I tillegg til dette er målet å bidra til en læringsprosess som setter den enkelte i stand til å mestre hverdagen med en kronisk sykdom (Graue & Haugstvedt 2011).

Graue & Haugstvedt (2011) skriver at i følge spesialisthelsetjenesteloven er mangel på opplæring like alvorlig som mangel på medikamenter og andre behandlingsmetoder.

Veiledning er et sentralt begrep i forhold til sykepleierens selvstendige funksjon. Hensikten med veiledning er å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning (Tveiten, 2008a). Hvis en mestrer å leve med sykdommen kan livskvaliteten økes.

Hovedsakelig bør veiledning og undervisning individualiseres, men gruppeundervisning er også aktuelt. For å sikre at pasienten mestrer situasjonen best mulig, bør pasienten så mye som mulig få veiledning og undervisning under oppholdet på sykehuset (Tveiten, 2008a). Sykepleieren må kartlegge pasientens tanker om egen situasjon og tilstand. Ved å finne ut hva pasienten selv mener og forstår, legger sykepleieren til rette for medvirkning, og anerkjenner pasienten som ekspert på seg selv (Tveiten, 2008a). I tillegg kartlegger man pasientens

kunnskaper om diabetes og behandlingen av den, og ut i fra dette vurderer sykepleieren hvilke kunnskaper pasienten har behov for.

Et helhetssyn på mennesket og på sykepleien gjør det mulig for sykepleieren å se og identifisere behov for veiledning og undervisning. De fleste mennesker setter pris på undervisning og veiledning når det angår dem selv, deres egen helse og livssituasjon. Å tilegne seg kunnskap, forståelse og ferdigheter kan oppleves relevant og meningsfullt. Ved innleggelse på sykehus er sykepleiere tilstede døgnet rundt. Dette gir gode muligheter for å bli kjent med pasienten, og å følge opp behov for undervisning og veiledning (Tveiten, 2008a).

For at pasienten skal være i stand til å gjøre realistiske, relevante, hensiktsmessige og informerte valg, må han vite grunnlaget for, og konsekvensene av valgene. Sykepleierens ansvar er å tilrettelegge, slik at pasienten har best mulig grunnlag for å gjøre valg vedrørende egen helse. For å tilrettelegge for at undervisning og veiledning blir individuell og hensiktsmessig, må sykepleier vurdere pasienten og pasientens situasjon. Dette kan gjøres ved spørsmål om hvem pasienten er, alder, kjønn, kultur, diagnose, tidligere erfaringer, samt pasientens opplevelse og forståelse av sin situasjon (Tveiten, 2008a). Under veiledning er relasjonen mellom veileder og fokuspersonen sentral, da kvaliteten på relasjonen påvirker kvaliteten på veiledningen. Dette må veilederen være bevisst på, da det er igjennom relasjonen at tillit og trygghet i veiledningen kan ivaretas (Tveiten, 2008b).

Det kan hende at pasienten ikke er bevisst eget behov for veiledning og undervisning. Sykepleier kan med sin fagkunnskap se om dette behovet er tilstede. Da må sykepleieren legge til rette for at pasienten selv ser behovet (Tveiten, 2008a). For eksempel kan sykepleieren fortelle om konsekvensene ved sykdommen. Diabetes type 2 har mange alvorlige komplikasjoner som blindhet, nyresvikt og nedsatt følsomhet perifert som kan føre til sår og amputasjoner. Sykepleieren må varsomt informere om dette, da hensikten ikke er å skremme pasienten, men at pasienten ser betydningen av kunnskap. Etter kartlegging av pasienten og hans læreforutsetninger, må sykepleieren lage en plan for undervisning og veiledning. Dette bør gjøres sammen med pasienten. Planen bør inneholde undervisningens hensikt, og hva innholdet av undervisningen skal være i forhold til den enkelte pasientens behov. I møte med en pasient som har nyoppdaget diabetes type 2, vil for eksempel målet med planen være at pasienten har kunnskaper om anatomi, fysiologi og sykdomslære

vedrørende sin diagnose. Videre er målet at pasienten skal inneha noe kunnskaper om behandling og komplikasjoner før utreise (Tveiten, 2008a). Men undervisningen i så tidlig fase blir bestemt av den enkelte pasient, og hva en kan klare å tilegne seg så tidlig i sykdomsforløpet. Derfor er det viktig å legge til rette for oppfølging fra poliklinikk, hjemmesykepleie og fastlege etter hjemreise, alt ettersom hva pasienten har behov for (Ribu, 2010). God oppfølging er avgjørende for behandlingen av diabetes, for å opprettholde behandlingsmål, og man må være forberedt på at en slik prosess for diabetespasienten kan strekke seg over lang tid (Karlsen, 2011).

3.2.1.1. Forandringsprosessen

Livsstilsendring er en prosess, en forandringsprosess. Forandringsprosesser går i faser, og disse fasene er gjerne knyttet opp mot motivasjon (Eide & Eide, 2013). Det viser seg at det som har betydning i forhold til resultatet i disse forandringsprosessene er at veileder er støttende og empatisk, at man tar hensyn til hvilket stadium i prosessen pasienter befinner seg i, og at det er i stor grad pasientens motivasjon for endring som påvirker resultatet (Eide & Eide, 2013). Som nevnt ovenfor er det av stor betydning at sykepleier kan identifisere hvilket stadium i forandringsprosessen pasienten er i, vi vil derfor gå nærmere inn på disse stadiene som er:

- ”1. Føroverveielse (ikke rede)
2. Overveielse (usikker)
3. Forberedelsesfasen (handlingsberedt)
4. Handlingsfasen (gjennomfører endringer)
5. Vedlikeholdsfasen” (Prochaska og DiClemente, referert i Eide & Eide, 2013, s. 335)

I føroverveiellesfasen føler ofte pasienten at han har et problem med egen adferd eller vaner, men gleden ved denne adferden føles fortsatt større enn ulempene, og pasienten tenker ikke på å forandre denne adferden (Eide & Eide, 2013).

I overveiellesfasen begynner pasienten å tenke at en endring kanskje er ønskelig og nødvendig, men samtidig kan pasienten tenke at det ikke er så nødvendig å endre seg allikevel. Pasienten kan kjenne på konsekvenser av sin livsstil/adferd, men kan være usikker på hvor stort problemet er. I denne fasen vurderer pasienten endring, men er usikker. Mange kan prøve å endre seg i dette stadiet, men mislykkes da det er for tidlig, og at man ikke har bestemt seg for endringen på et dypere nivå enda (Eide & Eide, 2013).

I foreberedelsesfasen har pasienten bestemt seg for at han vil gjøre en endring, og dette snart, pasienten begynner da å forberede seg på dette. I denne fasen går man fra å tenke på endringen til å utføre den. Pasienten er mer mottakelig for råd og begynner å gjøre små endringsforsøk (Eide & Eide, 2013).

I handlingsfasen utfører pasienten de forandringene som han eller hun har bestemt seg for å endre på. Forandringen kan innebære endring av både adferd, tanker og miljø, og det krever mye innsats fra personen (Eide & Eide, 2013).

I vedlikeholdsfasen må pasienten fokusere mye på å holde motivasjonen oppe, og prøve å forebygge tilbakefall til de gamle vanene/adferden. I denne fasen blir pasienten ofte fristet til tilbakefall. Gjelder forandringen for eksempel endring av kostholdsvaner, kan en bli fristet hver gang en er på butikken eller hver gang man går forbi kjøleskapet. Det er også viktig å nevne tilbakefall, da det ofte skjer at man kan skli tilbake i de gamle vanene, og man kan velge å se på tilbakefallet som en måte å lære på, dersom personen fortsatt ønsker å endre seg (Eide & Eide, 2013). Ved tilbakefall får man nye erfaringer, og man kan bedre takle fristelsene eller utfordringene man møter på i vedlikeholdsfasen.

Ved å ha kjennskap til disse stadiene som sykepleier er vi bedre rustet til å veilede pasienten på en god måte, da vi bedre kan identifisere hvilket stadie pasienten er i, og møte den enkelte pasienten på en støttende og empatisk måte der pasienten står.

Som nevnt tidligere er pasientens motivasjon til endring grunnleggende for at en forandring skal kunne skje. En metode for kartlegging av pasientens motivasjon kan være at vi stiller pasienten følgende spørsmål: ”På en skal fra 1 til 10, hvor motivert er du for å endre?” (Eide & Eide, 2013). På denne måten får vi et bra utgangspunkt for en samtale om motivasjon, og vi kan også gjennom dette spørsmålet lettere finne ut hvilket stadie i endringsprosessen pasienten er på.

3.2.1.2. Empowerment

I sykepleierens veiledende arbeid med pasienten er begrepet empowerment sentralt. Kjernen i begrepet er styrke, kraft og makt, og det motsatte av empowerment er avmakt (Sletteland & Donovan, 2012). Verdens helseorganisasjon definerer begrepet empowerment som ”en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse” (Tveiten, 2007, s. 24) Det er dette vi ønsker som sykepleier når vi skal veilede en pasient med diabetes type 2. Nettopp at de skal oppnå en større kontroll over hva som berører deres

helse, at de skal bli bevisste på sin egen situasjon, bevisst på hva som påvirker deres situasjon, og at de skal utvikle den kompetansen de trenger for å kunne være delaktig i beslutninger, og problemer som omhandler pasientens eget liv (Tveiten, 2007). Begrepet er vanskelig å oversette til norsk da det har så stort innhold og betydning, men det er oversatt til blant annet brukermedvirkning, egenkraftmobilisering eller selvstyrke (Sletteland & Donovan, 2012). Ved egenkraftmobilisering vil man være i stand til å motarbeide krefter som holder en nede, og oppnå mer makt, kontroll og styring over eget liv. Den enkelte må mobilisere ressurser for å være i stand til å håndtere utfordringer man møter i livet, for å fremme egen helse (Sletteland & Donovan, 2012). Når man opplever å ha tilfredsstillende kontroll over eget liv, vil dette ha betydning for ens selvbilde og mestringsevne, og det vil også påvirke ens mentale og fysiske helse (Mæland, 2010). Empowerment eller brukermedvirkning handler om at brukeren er ekspert på seg selv og sitt eget liv. Helsepersonell skal ikke ha en «vi vet best» holdning, men anse brukeren som ekspert på seg selv.

3.2.1.3. Salutogenese

Salutogenese er læren om det friske. Det dreier seg om å ha fokus på det som styrker og fremmer helsen, i stedet for forhold som fremkaller sykdom (Mæland, 2010). Salutogenese er altså en motpol til patologi som betyr læren om smerte og sykdom, noe vi har langt mer kunnskap om, enn om hva som gir helse (Sletteland & Donovan, 2012). Det er kanskje derfor vi lett fokuserer på legemidler og behandling. Denne tilnærmingen kan oppfattes noe negativ i forhold til den salutogene tenkingen. I møte med pasienten med nyopplaget diabetes må vi fokusere på det som gir bedre helse utfra den enkeltes situasjon, og det som forebygger eventuelle senkomplikasjoner.

Sosiologen Aron Antonovsky utviklet salutogenesemodellen, der han definerer helse som grader av helse, og fokuset er faktorer som skaper høyere grad av helse (Sletteland & Donovan, 2012). Det som vil påvirke til høyere grad av helse hos diabetes type 2 pasienten, er blant annet kunnskap om diagnosen og livsstilsendringer. Et sentralt budskap fra Antonovsky var å ha fokus på ressurser og evner hos mennesket som skaper god helse, i stedet for problemer (Tveiten, 2008a). En salutogen tenking eller utvikling er å ha fokus på mulighetene den enkelte har for å oppnå eller realisere god helse, og helsepersonell må se nødvendigheten av å legge til rette for det. Opplevelse av mening og mestring vil bidra til en positiv tenking og salutogen utvikling (Sletteland & Donovan, 2012). I følge Antonovsky handler ikke helse om hva mennesket blir utsatt for, men evnen til å takle det man blir utsatt for (Lerdal &

Fagermoen, 2011). Videre omtaler Antonovsky at menneskets motstandsressurser, som kunnskap, materielle ressurser, selvbylde, sosialt nettverk m. fl., er av betydning for evnen til å mestre det mennesket utsettes for. Disse ressursene kan en bli bevisst på og styrke gjennom læring. Sykepleierens funksjon vil da være å veilede. Veiledning bidrar til bevisstgjøring i forhold til egen helseatferd og forutsetninger for helseatferd, noe som er en nødvendighet for å oppnå en endring (Tveiten, 2008a).

3.2.2. Livsstilsendring

Omfanget av diabetes type 2 har økt betraktelig og ses i takt med usunne levevaner. En inaktiv livsstil og feil kosthold medfører ofte overvekt., noe som ses i sammenheng med utvikling av diabetes type 2 (Øverby, Klungland Torsvteit, & Høigaard, 2011) Å endre levevaner står derfor sentralt i egenbehandlingen av diabetes, og det er viktig å formidle informasjon om hvordan livsstilen innvirker på blodsukkerkontrollen (Sagen, 2011b). Tilstanden har stor inngripen i pasientens og pårørendes hverdag, og pasienten må forholde seg til sykdommen hver dag gjennom resten av livet (Östenson, Birkeland, & Henriksson, 2009) Dersom pasienten mestrer endringene i levevaner vil det skape flere helsegevinster, og livsstilsendringen kan være tilstrekkelig til å holde sykdommen i sjakk for en viss tidsperiode uten behov for medikamenter (Aas, 2011).

3.2.2.1. Ernæring

Ernæring har stor betydning for blodglukosenivået. Det stiller dermed store krav til kunnskap om kost og ernæring. Kosthold er også en forebyggende faktor i forhold til diabetiske senkomplikasjoner, og andre sykdommer (Aas, 2011). Det som styrer våre matvaner er lysten, og mat er knyttet til nytelse og behov. Vaner, tradisjoner, tilgjengelighet, tid og økonomi påvirker hva vi velger å spise. Dette kan komme i konflikt med god blodsukkerregulering og forebygging av sykdom (Aas, 2011).

Tidligere opplevde diabetespasientene både begrensinger og forbud i forhold til kosthold. Pasientene hadde en streng diett de måtte følge basert på inntak av lite karbohydrater, noe som var vanskelig å etterleve (Aas, 2011). I dag blir diabetikerne anbefalt det samme kostholdet som resten av befolkningen. Anbefalingene er rikelig med fiber, spise umettet fett i stedet for mettet fett, og at kosten skal inneholde lite sukker (Ribu, 2010). Eksempler på

matvarer som inneholder umettet fett er fet fisk, reker, nøtter, margarin og fiskepålegg. Kosttiltak som økt bruk av umettet fett er bra som forebygging mot hjerte- og karsykdommer. Enkelte av de umettede fettsyrene har en antikoagulerende virkning, da de øker insulinfølsomheten og senker blodtrykket (Ribu, 2010). Fiberrike og grove matvarer som grovt brød, havregrøt og grove frokostblandinger er gunstig da det gir en mindre blodglukosestigning, sammenlignet med matvarer som inneholder mer sukker. Diabetikere blir også anbefalt å velge sukkerfrie varer av brus og saft, da det ikke påvirker blodglukosen på samme måte som vanlig brus, saft og juice. Andre kostholdsråd er å spise mer grønnsaker, mer fisk og hvitt kjøtt som kylling, spise frukt daglig, og innta mer nøtter.

Ved middagsmåltider kan man bruke tallerkenmodellen. Modellen illustrerer hvordan man kan sikre en riktig sammensetting av middagsmåltidet, og samtidig begrense energiinntaket. Tallerkenmodellen illustrerer at halve tallerkenen skal fylles med grønnsaker og rotfrukter, en fjerdedel med fisk, kjøtt eller egg, og den resterende fjerdedelen med pasta, poteter, ris eller brød (Ribu, 2010).

Anbefalingene av type kost som nevnt her, er lik det som blir kalt middelhavskost, noe som har bidratt til reduksjon av hjerte-kar sykdom- og død. Middelhavskost innebærer å spise mer brød, kornvarer, grønnsaker, belgvekster som bønner og erter, fisk, hvitt kjøtt som kylling, frukt, nøtter og margarin med innhold av mye enumettet fett, og flerumettet fett av type omega 3 (Ribu, 2010).

Etter et måltid vil blodglukosen stige. Hos personer med diabetes stiger ikke insulinet slik det skal, i motsetning til en frisk person. Derfor er det viktig at diabetikere vet hvordan forskjellige matvarer påvirker blodglukosen. For å belyse dette kan sykepleier oppfordre pasienten til å loggføre blodsukkeret etter måltid, og eventuelt aktivitet. Dette for å finne ut sammensetning, mengde og type måltid som har god virkning på blodglukosen. Det kan også være nyttig å planlegge måltider og matinnkjøp, slik at man ikke blir fristet til å kjøpe usunn kost. I kostholdsveiledning bør sykepleier kjenne til hvilke type matsorter pasienten liker og ikke liker. I tillegg kartlegges pasientens kostvaner og KMI, for å avdekke om det er nødvendig for pasienten å endre kroppsvekt og kosthold (Ribu, 2010). KMI står for kroppsmasseindeks og beregnes utfra pasientens høyde og vekt. En KMI mellom 18,5 og 25 er normalt. KMI over 25 regnes som overvekt (Ribu, 2010).

3.2.2.2. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har særlig stor betydning i behandling hos pasienter med diabetes type 2. Det bidrar til å redusere insulinresistensen, senke blodglukosen, gir vektreduksjon, forebygger hjerte- og kar sykdommer, og har god effekt på blodlipidprofilen (Ribu, 2008). I tillegg kan fysisk aktivitet bidra til økt velvære, bedre fysisk og mental helse (Sagen, 2011b).

Definisjonen på fysisk aktivitet er «enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i energibruk» (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 163).

Definisjonen er bred og innebærer en stor del av menneskets dagligliv. Mennesker har ulik oppfatning om hva begrepet fysisk aktivitet omhandler, noe som har sammenheng med den enkeltes aktivitetsnivå. Det kan knyttes mange ulike beskrivelser til begrepet, blant annet mosjon, trening, trim, lek, arbeid og idrett (Sagen, 2011b). Denne varierende oppfatningen må helsepersonell være klar over, og som all annen behandling må tilrettelegging av fysisk aktivitet individualiseres.

Regelmessig fysisk aktivitet anbefales da det bidrar til bedre blodsukkerkontroll og senker gjennomsnittlig HbA1c. I tillegg har det gunstig effekt på kardiovaskulære risikofaktorer, ved å senke blodtrykk og kolesterol (Sagen, 2011b). Følsomheten for insulin i vevet øker både i arbeid og i hvile. Dette er normalt og skjer også hos friske personer, men er spesielt viktig hos pasienter med diabetes, da det gir bedre kontroll over blodglukosen (Östenson, Birkeland, & Henriksson, 2009). Overvekt ses ofte hos personer med diabetes type 2. Ved behandling av overvekt er fysisk aktivitet en naturlig del. For å oppnå vektreduksjon, bør regelmessig fysisk aktivitet kombineres med kostomlegging for ønsket resultat. Livsstiltak i form av diett og regelmessig fysisk aktivitet hos type 2 diabetikere, kan redusere dødelighet til samme nivå som hos friske personer (Sagen, 2011b).

Östenson, Birkeland, & Henriksson (2009) skriver i Helsedirektoratets skriv ”*Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling*” en anbefaling på minimum 30 minutters daglig aktivitet, med middels intensitet for type 2 diabetikere. Eksempler på dette er rask gange og sykling. Aktivitetens form, varighet og hyppighet skal være tilpasset den enkeltes fysiske form, levevaner, eventuelle diabeteskomplikasjoner, eller annen sykdom og skade. En kombinasjon av den anbefalte aktiviteten, og trening med høyere intensitet 2-3 ganger i uken, kan gi bedre helseeffekt på HbA1c og kondisjon (Östenson, Birkeland, & Henriksson, 2009).

Pasienter med diabetes type 2 kan ha et mer komplisert sykdomsbilde, da de ofte har andre sykdommer i tillegg. Mikro- og makrovaskulære senkomplikasjoner har også betydning for aktivitetsnivå. Dette kan komplisere gjennomføringen av fysiske aktiviteter (Ribu, 2010). Senkomplikasjoner som nevropati, nedsatt følelse perifert, kan medføre skader på føtter da pasienten ikke kjenner at skoene gnager, at det er en sten i skoene eller om de fryser på beina. Økt blodtrykk under fysisk aktivitet kan forverre øyeproblemer og nyresykdom, dersom dette foreligger, og det må vises forsiktighet i forhold til dette og fysisk aktivitet. Dette gjelder også dersom en person har hjertesykdom (Östenson, Birkeland, & Henriksson, 2009).

Som nevnt tidligere har fysisk aktivitet mange gunstige effekter for en diabetiker, men det kan være vanskelig å motivere pasienter til livsstilsendring (Sagen, 2011b). Pasienter med type 2 diabetes er ofte ikke fysisk aktive. Sykepleier må identifisere faktorer som utgjør en hindring for pasienten i å være fysisk aktiv, samt hva som er motiverende. En motivasjonsfaktor kan være å finne en aktivitet som pasienten kan ha både glede og medisinsk nytte av. Andre faktorer som virker motiverende kan være vektreduksjon og god metabolsk kontroll. Alder kan ha innvirkning på hvorvidt en pasient med type 2 diabetes begynner med regelmessig mosjon. Overvekt kan forbindes med lav selvtillit, noe som kan redusere sannsynlighet for å lykkes med endring av livsstil (Sagen, 2011b).

Generelle anbefalinger for fysisk aktivitet hos type 2 diabetikere er en kombinasjon av kondisjonstrening og styrketrening. Begge former vil gi bedre insulinfølsomhet, som bidrar til bedret blodsukkerkontroll (Sagen, 2011b). Kondisjonstrening bør bestå i minimum 150 minutters aerob aktivitet, med middels intensitet per uke. I tillegg eller i stedet for dette, anbefales det å ha 90 minutters aerob aktivitet med høy intensitet per uke (Östenson, Birkeland, & Henriksson, 2009). Aerob utholdenhet er evnen til å arbeide med relativt høy intensitet over lengre tid, og at musklene har tilstrekkelig tilgang på oksygen (Bryhn, 2009). Det bør fordeles på tre dager i uken, der det høyst er to påfølgende dager uten aktivitet. Dersom man foretrekker å trene styrke, anbefales det 2-3 økter per uke. Det bør også gjennomføres 5-10 minutters oppvarming og nedvarming, samt uttøying etter både styrke og kondisjonsøkt (Östenson, Birkeland, & Henriksson, 2009).

4. Sykepleieteori

Vi har valgt å bruke teorien til sykepleieteoretikeren Dorothea Orem.

4.1. Dorothea Orems teori

I teorien om egenomsorg beskriver Orem egenomsorg som aktiviteter mennesket målrettet utfører på eget initiativ for sin egen del, og for andre som har behov for hjelp til egenomsorg, som for eksempel spedbarn, funksjonshemmede og eldre. Egenomsorg og omsorg er en atferd som tilegnes gjennom kulturen og miljøet personen tilhører. Denne atferden er bevisste vaner og handlingsmønstre der målet er å fremme normal funksjon, utvikling, helse og velvære hos personen det gjelder og personens nærmeste (Kristoffersen, 2005). Egenomsorg beskrives som et overordnet syn på menneskets natur, og dets muligheter og begrensninger i livet, og ses uavhengig fra teoriene om egenomsorgssvikt og sykepleiesystemene.

I teorien om egenomsorgssvikt blir egenomsorgsbegrepet utdypet i forhold til egenomsorgshandlingenes hensikter og mål, som er å sikre normal funksjon, utvikling og helse. Disse målene kan betegnes som egenomsorgsbehov, og Orem har beskrevet i sin modell tre typer egenomsorgsbehov knyttet til disse målene. De tre typene av egenomsorgsbehov er de universelle egenomsorgsbehovene, som omhandler menneskets grunnleggende allmennmenneskelige behov for opprettholdelse av livsprosesser, fysisk og psykisk funksjon (Kristoffersen, 2005). Den andre typen er de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene og disse omhandler menneskets utvikling fra fødsel til død, og en forutsetning til dette er at det skapes forhold som fremmer utvikling gjennom livet. De universelle behovene må ivaretas utfra hvor i syklusen man befinner seg, samt ulike tilstander og situasjoner (Kristoffersen, 2005). Eksempel på en tilstand er graviditet, og en situasjon kan være sykdom. Den tredje typen behov er de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene, som oppstår ved sykdom, skade, funksjonstap eller når en person er under behandling. Når helsetilstanden endrer seg kan personen bli avhengig av hjelp av andre, og enkelte må tilpasse seg en ny og varig endret livssituasjon. En person som har fått diabetes må tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter om sykdommen, behandling, ernæring og fysisk aktivitet, i forhold til å kunne opprettholde en stabil blodglukose og forebygge komplikasjoner. Teorien om egenomsorgssvikt beskriver forholdet mellom menneskets kapasitet og krav til å ivareta egenomsorg. Dette forholdet er betydningsfullt når sykepleieren skal vurdere en persons

behov for sykepleie. Ved misforhold mellom krav og evner, og personens evne til å handle etter disse kravene, er det behov for sykepleie (Kristoffersen, 2005).

I teorien om sykepleiesystemene blir det beskrevet på hvilken måte sykepleier tilrettelegger sykepleien i forhold til egenomsorgssvikt hos pasienten, Orem beskriver også sykepleierens rolle i møte med pasienter. Dette skildrer hun gjennom begrepet sykepleiekapasitet, der sykepleier handler målrettet basert på sykepleierens kunnskaper, ferdigheter og verdier. Sykepleiekapasitet utøves til andres fordel og velvære. Ved egenomsorgssvikt skal sykepleier kompensere for den mangelfulle omsorgsevnen, og der det er mulig utvikle pasientens evne til egenomsorg. Egenomsorgssvikt kan oppstå av flere forhold og årsaker. Gjennom livet opplever mennesker utfordringer som medfører større krav til den enkeltes evne til å bevare god egenomsorg. Eksempler på dette er kronisk eller akutt sykdom, traume og kriser som kan føre til at man må utøve nye tiltak for å ivareta egenomsorg, eller søke hjelp fra andre (Cavanagh, 2005). Evnen til å oppfylle kravene man møter er individuelt. Dersom kravene blir for store i forhold til evnen til å takle utfordringene, fører det til egenomsorgssvikt og det vil være behov for hjelp fra enten familie, venner eller sykepleiere. Orem illustrerer dette forholdet med en vektskål. På den ene siden er helserelevante egenomsorgskrav, på den andre siden er egenomsorgsevne. Når det ikke er likevekt eller balanse i vektskålen, på grunn av høyere krav enn evne som fører til at pasienten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å mestre situasjonen, har man behov for hjelp fra sykepleier (Cavanagh, 2005).

Orem skildrer tre sykepleiesystemer som er rettet mot pasienters ulike grader av svikt i egenomsorgsevne, og innen disse systemene er det fem hjelpemetoder som sykepleieren kan anvende. Disse hjelpemetodene er, å gjøre noe eller handle for en annen, å veilede og rettlede en annen, å sørge for fysisk og psykisk støtte, å sørge for omgivelser som fremmer utvikling og å undervise (Kristoffersen, 2005).

Å gjøre noe eller handle for en annen betyr at sykepleier både tar initiativ til og utfører en handling som kompenserer for pasientens ressursvikt. I møte med pasienten som har fått nyoppdaget diabetes må for eksempel sykepleier ta initiativ og utføre blodsuktermåling for pasienten i begynnelsen.

Å veilede og å rettlede vil si at sykepleier gir veiledning i planlegging og utførelse av egenomsorgshandlinger, men dette forutsetter at pasienten må være motivert og i stand til å selv utføre handlinger og beslutninger.

Å sørge for fysisk og psykisk støtte kombineres ofte med veiledning, noe som innebærer at sykepleier er delaktig i pasientens prosess for å nå et mål. I møte med en ny situasjon kan

pasienten mangle motivasjon og tro på sin egen evne til å mestre denne situasjonen.

Sykepleier støtter og oppmuntrer pasienten i denne prosessen, noe som kan minske risikoen for at pasienten skal mislykkes.

Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling handler om å tilrettelegge forholdene i miljøet som kan motivere pasienten til å sette seg egne mål, og å utføre handlinger som kan føre til at pasienten oppnår disse målene.

Å undervise brukes når en pasient må lære seg nye ferdigheter eller tilegne seg nye kunnskaper, i forhold til å mestre egenomsorg. Dette må sykepleier ofte gjøre i møte med en pasient med nyoppdaget diabetes. Undervise slik at pasienten tilegner seg kunnskaper om tilstanden og gjennom denne kunnskapen kan pasienten bli bedre rustet til å mestre sin egenomsorg. Men dersom pasienten ikke er interessert i å lære eller ikke er klar over manglende kunnskap, må sykepleier motivere pasienten til selv å se behovet for læring (Kristoffersen, 2005). Her må man ta hensyn til den enkeltes pasientens perspektiv.

Orem beskriver betydningen av pasientens perspektiv i sin modell. Vi synes dette er viktig å ha med i teorien, da pasienter vi møter på sykehuset med nyoppdaget diabetes opplever sin helsetilstand og situasjon forskjellig ut i fra deres perspektiv. Dette perspektivet påvirkes av pasientens utdanning, erfaringsbakgrunn, verdier og holdninger, kunnskaper og holdninger til helsetjenesten. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere har kjennskap til pasientens perspektiv, og innhenter denne informasjonen slik at man kan få et bilde av pasientens evne til egenomsorg (Kristoffersen, 2005).

Orem skildrer terapeutiske egenomsorgskrav i sin modell, og dette omfatter konkrete handlinger som man må utføre for at egenomsorgen skal være i samsvar med egenomsorgsbehovene, og for å fremme hensikten med egenomsorgen som er å bevare normalfunksjon, utvikling og helse (Kristoffersen, 2005). For å kartlegge terapeutiske egenomsorgskrav må sykepleieren undersøke hvilke egenomsorgsbehov en person har problemer med å ivareta, og hvordan disse behovene skal ivaretas. I møte med diabetes type 2 pasienten kan egenomsorgsbehov som pasienten har problemer med å dekke være relatert til kosthold og fysisk aktivitet, for å kunne oppnå et stabilt blodsukker. Her må sykepleier avgjøre hva som kan og bør gjøres for at pasienten kan dekke sine behov, og videre vurdere pasientens evne til å møte kravene til disse handlingene.

5. Drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte problemstillingen vår ”Hva er god sykepleie i møte med en pasient som nylig har fått diagnosen diabetes type 2?”, i forhold til introdusert litteratur, aktuell forskning, erfaringer fra praksis og konsekvenser for sykepleie.

5.1. Hva er god sykepleie – relatert til Orems sykepleiemodell

Vi tar utgangspunkt i at årsaken til sykehusinnleggelse er høyt blodsukkernivå, og i den akutte fasen får pasienten medisinsk behandling for å stabilisere blodglukosen. Videre må sykepleier gjøre en omfattende kartlegging, som skal identifisere aktuelle behov og problemer, samt at kartlegging er viktig for å forebygge komplikasjoner (Kristoffersen, 2005). Kartlegging er en forutsetning for å kunne vurdere pasientens behov for sykepleie. Sykepleier må så raskt som mulig ha en kartleggingssamtale med pasienten, for å finne ut hvilke ressurser pasienten har. I forhold til pasienter med diabetes, er kartlegging svært viktig for å finne ut hvilke kunnskaper pasienten har, da dette er en kronisk sykdom som krever livslang behandling, og mye egenbehandling. Videre må sykepleieren dokumentere det hun har kartlagt.

Kartleggingsnotatet er et bra grunnlagsdokument for den videre sykepleien. Dersom god kartlegging og dokumentasjon ikke foreligger, kan viktig informasjon ikke bli synliggjort, og at pasienten blir utskrevet med manglende kunnskaper.

Orem omtaler pasientens ressurser som egenomsorgskapasitet. Sykepleier må som nevnt gjøre en nøye kartlegging av pasientens kapasitet til egenomsorg. Kartleggingen vil avdekke om pasienten har mye kunnskaper, eller om pasienten er uvitende. Deretter tar vi i bruk de hjelpemetoder som vil være hensiktsmessige (Kristoffersen, 2005).

Våre erfaringer fra praksis var at pasienter ble utskrevet fra sykehuset før de var i stand til å måle blodsukker og sette insulin. Vi mener derfor at, for å sikre oss at pasienten innehar visse kunnskaper og ferdigheter, før pasientene utskrives fra sykehuset, må vi stille enkelte krav.

Disse kravene er som følger:

Pasienten må kunne måle blodsukkeret selv

Pasienten må ha kunnskaper om riktig kosthold, og hvordan det påvirker blodglukosen

Pasienten må ha kunnskaper om fysisk aktivitet, og hvordan det påvirker blodglukosen

Pasienten må ha kunnskaper om medikamenter, og dets virkning og bivirkning

Pasienten må kjenne til tegn på senkomplikasjoner

Dorothea Orem beskriver i sin modell fem hjelpemetoder. I den akutte fasen må sykepleieren måle blodsukkeret for pasienten. Her blir hjelpemetoden *å gjøre eller handle for en annen* aktuell. Den første tiden kan pasienten være avhengig av å få hjelp av sykepleieren til å utføre konkrete handlinger, for å kunne møte egenomsorgsbehovene. I starten må vi måle blodsukkeret for pasienten, slik at pasienten kan lære det selv (Kristoffersen, 2005).

Sykepleieren kan da bruke hjelpemetoden *å undervise* eller *å veilede og rettlede en annen*. Selv om pasienten måler langtidsblodsukkeret hos fastlegen, noe som gir en bedre pekepinn på blodglukosen, mener vi at pasienten bør ha kunnskaper om dette. Når pasienten kan håndtere blodsukkermåling, tror vi det kan medvirke til mestringsfølelse. Det kan kanskje gi pasienten mer ansvarsfølelse og kontroll, ved at han selv har god oversikt over blodglukosen. Loggføring av blodglukosen vil synliggjøre verdiene, og kanskje bidra til at pasienten oppdager at visse matsorter bør han ikke spise (Ribu, 2010). På den annen side kan det oppleves tidkrevende og strevsomt å måtte måle blodglukosen titt og ofte. Det vi ønsker er ikke at pasienten nødvendigvis må måle blodglukosen etter hvert måltid, og føre logg over målingene, men vi ser det som en nyttig ferdighet, ressurs og redskap. Det som derimot er ønskelig og viktig, er at pasienten har noe kunnskap om kostens betydning og innvirkning på blodglukosen.

Kunnskap om kosthold er svært viktig for pasienter med diabetes. Allerede i kartleggingssamtalen bør sykepleieren ta med aktuelle dokumenter og brosjyrer, og undervise om enkle kostholds prinsipper, avhengig av hvilke kunnskaper pasienten mangler. Samtalen må gjøres grundig, og sykepleieren må tilstrebe å få kartlagt så raskt som mulig etter pasienten er innlagt. Sykepleieren må planlegge samtalen i forkant, og legge til rette for at pasienten får rom og tid til å snakke om seg selv og situasjonen (Ribu, 2010).

Hovedmålet med behandling av diabetes er at blodglukosen skal være stabil. Kosthold har stor innvirkning for svingninger i blodglukosen, og kunnskap om kost og ernæring er vesentlig i egenbehandlingen av diabetes type 2. Livsstilsendring innebærer blant annet endring av kosthold, og i møte med pasienten på sykehuset må sykepleieren kartlegge kostvaner for å synliggjøre hvilke endringer i kosthold som pasienten bør gjøre (Ribu, 2010). Dette kan være endringer som størrelse på porsjoner, antall måltider i løpet av en dag og type matsorter. Denne kartleggingen innebærer veiledning, da sykepleier bidrar til en oppdagelse eller bevisstgjøring i forhold til kostvaner og dens påvirkning på pasientens helse. Videre kan sykepleier gi pasienten den kunnskapen pasienten trenger, for å kunne gjøre en gunstig endring i forhold til sine kostholdsvaner. Opplevelser fra praksis synliggjør at brosjyrer og

såkalt ”ferdiglaget” informasjon kanskje ikke er et godt virkemiddel for å øke pasientens kompetanse. Ofte ble brosjyrer lagt til siden og ikke lest gjennom. I en forskningsartikkel fra Danmark der 2187 brukbare resultater fra pasienter med diabetes type 2, fremkommer det at pasientene foretrakk individuell tilrettelagt undervisning/veiledning i stedet for ferdiglagd informasjon og brosjyrer (Schiøtz, Bøgelund, Almdal & Willaing, 2011). Studien indikerer at konsekvenser for sykepleie er at undervisning og støtte bør bedre tilpasses den enkelte pasient, samt at pasienten bør være delaktig og bestemme innhold og undervisningsform. Videre bør pasientdeltakelse fremmes i undervisning, i stedet for passiv-lytting (Schiøtz et al., 2011). På den annen side kan brosjyrer være et nyttig virkemiddel, og at spørsmål dukker opp etter pasienten har lest informasjonsheftet.

I praksis har vi opplevd at pasienter har vansker med å innrømme egne kostvaner, da pasienten kan føle skam i forhold til dette. Derfor må sykepleiere være varsom i kartleggingen. Den korte tiden vi møter pasienten på sykehuset kan gjøre det vanskelig å oppnå en god relasjon bygget på tillit og trygghet. Dersom dette ikke foreligger vil det gjøre kommunikasjonen eller samarbeidet utfordrende, da pasienten kanskje ikke ønsker å gi korrekte opplysninger vedrørende sine holdninger, vaner og atferd (Tveiten, 2008b).

I teoridelen har vi beskrevet Middelhavskost, noe som er en anbefalt kostholdsvariant på grunn av flere positive virkninger. Dette fremkommer blant annet i en studie fra Italia der målet er å sammenligne effekten av middelhavskost, og en diett med lavt fettinnhold, i forhold til behov for medikamenter hos personer med nyopplaget diabetes type 2. Etter en periode på 4 år viste resultatet at 44 % av pasientene som gikk på middelhavskost måtte ha medikamentell behandling, mens de resterende kunne fortsette behandling av diabetes type 2 gjennom middelhavskost (Esposito et al., 2009). For pasientgruppen som gikk på diett med lavt fettinnhold, viste resultatet at 70 % måtte ha medikamentell behandling etter en 4 års periode. Utfra både teori vi har lest, og resultatene av denne studien, er dette en kostholdsvariant som vi kan anbefale pasientene. Likevel stiller vi oss kritiske til studien da deltakerne selv rapporterte matinntaket, noe som kan føre til at resultatene ikke er pålitelige.

Det overordnede målet i behandlingen av pasienter med nyopplaget diabetes type to er hovedsakelig å holde en stabil blodglukose, ved hjelp av livsstilsendringer i kosthold og fysisk aktivitet, før man må begynne å regulere blodglukosen ved hjelp av medikamenter. I møte med denne pasienten er det derfor viktig å forklare viktigheten av endringer innenfor disse to områdene, og fordelene ved dette (Sagen, 2011b). Dårlige levevaner kan medføre

større risiko for å utvikle plager og sykdom, som eksempel overvekt og diabetes, og dermed er livsstilsendring svært sentralt i behandlingen. Å leve med en kronisk sykdom, slik som diabetes type 2, fører til at en må utvikle nye vaner og handlinger i dagliglivet. Dette krever stor egeninnsats fra personen selv, og livsstilsendringer er en lang og krevende prosess. Pasienter kan oppleve at det er vanskelig å gjøre flere endringer samtidig. I en forskningsartikkel fra England hvor hensikten var å finne ut om flere livsstilsendringer samtidig var fordelaktig eller motvirkende, fremkom det at fysisk aktivitet er en atferd som fremmer andre atferdsmønstre. Det er en atferd som virker mer støttende for å gjøre kostholdsendringer enn omvendt. Fysisk aktivitet ses som en døråpner til endringer i kosthold (Malpass, Andrews & Turner, 2008). I studien ble deltakerne oppfordret til å gå 30 minutter daglig, med middels intensitet, og Helsedirektoratet (2009) anbefaler lignende aktivitetsnivå. Dersom en pasient sliter med å gjøre flere livsstilsendringer samtidig, kan sykepleier motivere pasienten til å øke aktivitetsnivå før kostholdsendring, da fysisk aktivitet påvirker velvære og motivasjon til selvkontroll (Malpass, Andrews & Turner, 2008). God sykepleie i møte med en pasient med nyoppdaget diabetes er blant annet å veilede/undervise pasienten om den gunstige effekten av endringer i kostvaner og fysisk aktivitet.

Kunnskaper om senkomplikasjoner og forebygging ser vi som svært sentral.

Senkomplikasjoner ønsker vi å unngå i størst mulig grad, da det både er et ondt for pasienten, men også for samfunnet. Det krever ressurser og økonomi, samt at det kan medføre nedsatt livskvalitet hos pasienten. Informasjon om senkomplikasjoner kan vi koble sammen med motivasjon. Pasienter vi møter i sykehus, vil ha forskjellig utgangspunkt, og dermed ulik oppfatning av hva som gir motivasjon. I teorien nevner vi at det er pasientens motivasjon for endring som påvirker resultatet av en forandringsprosess (Eide & Eide, 2013). Forskning vi har funnet belyser dette. Helsepersonell i studien opplevde at den største utfordringen i møte med pasienter de skulle veilede mot en livsstilsendring, var pasientenes egen uvilje til endring, eller manglende motivasjon. Dette var en hindring for videre behandling, og kan føre til at samarbeidet blir vanskelig (Jallinoja et al., 2007). I tillegg kan manglende motivasjon, eller uvilje hos pasienten i større grad føre til akutte komplikasjoner, og senkomplikasjoner. Dette på grunn av dårlig regulert blodsukker, og egenkontroll over sykdommen. For diabetikere er sår dannelse på føtter alvorlig, da det kan medføre nekrose og i ytterste grad amputasjon. Noe som vil redusere pasientens mobilitet, eller at han mister sin gangfunksjon. Dette kan igjen påvirke pasientens livskvalitet (Sagen, 2011a). Derfor ser vi det som svært viktig at denne pasientgruppen har noe kunnskap om tegn på senkomplikasjoner.

Sykepleieren må belyse viktigheten av, og lære pasienten å inspisere føttene sine ofte. Sykepleier bør også råde pasienten til å oppsøke fotpleier. Pasienten må gjøres oppmerksom på å sjekke skoene, i fall det er en stein eller annet i skoen, som kan gnage og gi sår på foten. Selv om det er et lite sår, som ikke gjør vondt og kan oppfattes som ubetydelig for den enkelte, må pasienter bli godt opplyst om å være oppmerksomme mot sår (Ribu, 2010).

Det er viktig at pasienten selv bestemmer seg for å endre levevaner, uten påvirkning eller press fra andre. Sykepleieren bør finne ut hvordan pasientens motivasjon er, for deretter å bygge på pasientens egen motivasjon for å lære (Eide & Eide, 2013). I en forskningsartikkel kommer det frem at senkomplikasjoner kan være en motivasjonsfaktor, og belyser at informasjon om komplikasjonene ved diabetes kan være avgjørende for at pasienten gjør endringer (Tjelta, Holsen, 2013). Av studien vi fant fremkom det at dersom pasientene hadde fått informasjon om komplikasjonene ved et tidligere tidspunkt, ville de ha påbegynt endringer i livssituasjonen tidligere (Tjelta, Holsen, 2013). Samtidig må vi sykepleiere gå varsomt frem i forhold til hva og hvordan informasjon om komplikasjoner gis, da vi ikke ønsker å skremme pasienten. Hensikten med å informere om senkomplikasjoner, er at pasienten skal se viktigheten av å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter, slik at pasienten kan leve et godt liv.

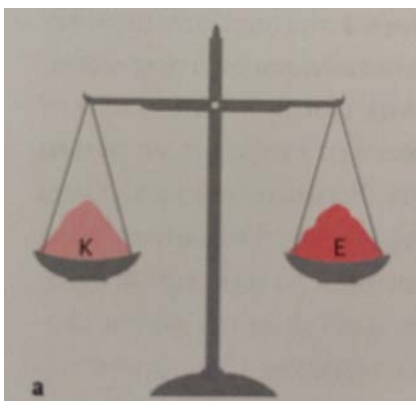
Som nevnt skriver Eide & Eide (2013) at det i stor grad er pasientens motivasjon for endring som påvirker resultatet i forhold til veiledning mot en bedre livsstil. Det er pasienten som er ekspert på egne holdninger, vaner og atferd, og sykepleieren skal hjelpe pasienten til bli bevisst på dette. Men for å kunne gjøre dette må pasienten akseptere sitt ansvar rundt egen sykdom, og kunne ta egne avgjørelser i forhold til sykdommen. Mye av dette ligger i empowermentbegrepet, som innebærer at pasienten skal oppnå større kontroll over hva som berører egen helse (Tveiten, 2007). I studien fra Finland fremkommer det at mange av pasientene ikke klarer å gjøre valg som er i deres beste interesse, og vi tror dette er på grunn av at pasienten ikke har akseptert eget ansvar rundt sin sykdom. Dette kan ha sammenheng med manglende motivasjon som nevnt tidligere, eller dårlig informasjon og veiledning, da det også kommer frem i studien at det er mange misforståelser blant pasientene, angående diabetes type 2 og behandlingen av den. Det kommer også frem at økt kunnskap om diabetes har god effekt på reguleringen av blodsukkeret (Jallinoja et al., 2007).

Ved sykdomsdebut er veiledning og undervisning sentralt, og det danner et grunnlag for hvordan pasienten håndterer sin sykdom i fremtiden (Helsedirektoratet, 2009). På den annen side kan det være vanskelig for pasienten å ta inn over seg all informasjon og undervisning, i løpet av den korte tiden på sykehuset. Sykepleieren må vurdere hvor mottakelig pasienten er. Undervisning i tidlig fase avhenger av den enkelte pasient, og hva en er i stand til å tilegne seg så tidlig i sykdomsforløpet (Ribu, 2010). Pasienten trenger kanskje litt tid på å fordøye det som har skjedd, og at det etter hvert dukker opp spørsmål vedrørende sykdommen. På den annen side mener vi at vi må kunne stille enkelte krav til pasienten, før han utskrives. Og dersom pasienten ikke behersker noen av kravene, bør han kanskje være innlagt et døgn til. Dette for å kvalitetssikre sykepleien.

I praksis opplevde vi at sykehuset ikke hadde en kvalitetssikring i forhold til hva en bør forvente at pasienten innehar av kunnskaper og ferdigheter, før utskrivelse. Vi synes derfor Orem's modell er anvendelig for å sikre oss at pasienten har de ressursene han trenger for å imøtekomme kravene vi mener pasienten bør ha før hjemreise. Dette på grunnlag av at vi kartlegger pasientens ressurser, og iverksetter tiltak gjennom Orem's hjelpemetoder, slik at det blir balanse mellom kravene og kapasitet. Modellen er et overordnet apparat og vi mener den er veldig anvendelig for å hindre at pasienter utskrives uten å kunne noe, noe vi mener er god sykepleie. På den annen side gir ikke modellen oss direkte føringer på hva vi skal gjøre.

5.2. Forholdet mellom egenomsorgskapasitet og egenomsorgskrav

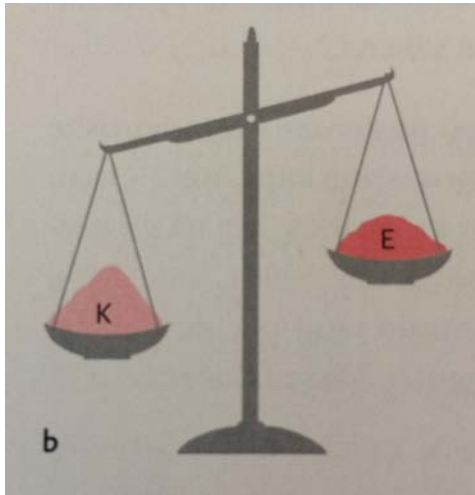
Diabetes er en sykdom som i større grad omhandler egenbehandling, og det stilles dermed store krav og kapasitet til egenomsorg. Orem illustrerer i sin sykepleiemodell forholdet mellom krav og kapasitet ved hjelp av en vektskål (Kristoffersen, 2005). Dersom pasienten vi møter er en sykepleier, kan vedkommende ha bedre evne og kapasitet til å møte kravene som stilles til egenomsorg, i forhold til behandling av diabetes, på grunn av sin kompetanse og yrkeserfaring. Forholdet mellom krav og kapasitet, og behovet for sykepleie, kan være begrenset eller fraværende.



Figur 1

Denne vektskålen illustrerer at forholdene mellom egenomsorgskrav (k) og egenomsorgskapasitet (e), er i balanse. Pasienten har ikke behov for sykepleie.

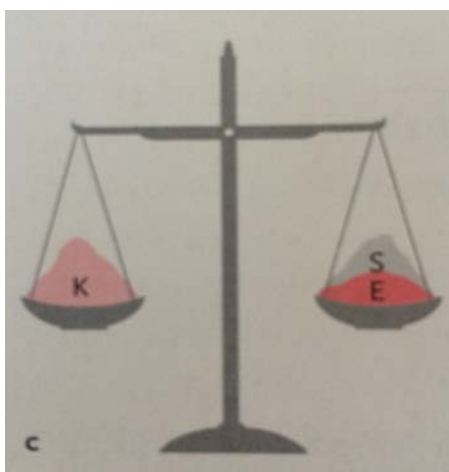
Dersom pasienten vi møter for eksempel er utdannet bilmekaniker, kan personens forutsetninger for å møte kravene, i forhold til evnen til egenbehandling av diabetes type 2, bli større enn kapasiteten. Dette kan føre til en ubalanse mellom krav og kapasitet.



Figur 2

Denne vektskålen illustrerer ubalanse mellom pasientens egenomsorgskapasitet (e) og egenomsorgskravene (k). Pasienten har behov sykepleie.

Dersom det er ubalanse i vektskålen må sykepleier hjelpe til slik at det igjen blir balanse. Dette eksemplet understøttes av Orem da hun i sin modell beskriver betydningen av å ha kjennskap til pasientens perspektiv, da pasienter opplever sin helsetilstand og situasjon forskjellig utfra deres utdanning, erfaringsbakgrunn, verdier og holdninger, kunnskaper og holdninger til helsetjenesten (Kristoffersen, 2005). Ved å ha innhentet denne informasjonen, kan man få kartlagt pasientens evne til egenomsorg. Orem har beskrevet fem hjelpemetoder som sykepleieren kan anvende for å få balanse i vektskålen.



Figur 3

Sykepleier kompenserer for pasientens svikt i egenomsorgskapasitet (s), og balansen kan gjenopprettes.

Dersom vi som sykepleiere i kartleggingen av bilmekanikeren finner ut at han har manglende kunnskaper om kosthold, blir det en ubalanse i vektskålen. Sykepleierens rolle blir da å kompensere for den mangelfulle omsorgsevnen. Sykepleieren må utvikle pasientens evne til egenomsorg. Her må sykepleier bruke en eller flere av de fem hjelpemetodene for å kunne gjenopprette balansen. I dette tilfellet kan vi for eksempel velge å bruke metodene *Å veilede og rettlede en annen* og *Å undervise*. Målet med veiledning og undervisning er at pasienten skal ha gode kunnskaper og ferdigheter, slik at han kan mestre, og leve godt med sykdommen. Orems teori beskriver forholdet mellom krav som stilles til pasienten i en gitt situasjon, og kapasiteten pasienten har til å mestre disse kravene. For at sykepleieren best mulig skal kunne hjelpe et menneske, må hun vite hvem personen er, og hvilket utgangspunkt pasienten har. Hvordan pasienten opplever og takler situasjonen vil være individuelt, og betydningen av pasientens perspektiv er her sentral (Kristoffersen, 2005). Noen pasienter kan ved diagnosetidspunkt oppleve lettelse, mens for andre kan dette tidspunkt være akutt og oppleves som en krise. Pasientens fysiske helse ved innleggelsen vil også ha betydning. Sykepleieren må derfor være observant både på pasientens fysiske helse, og psykiske tilstand, da dette vil påvirke hvordan sykepleien utøves. Hjelpemetoden *Å sørge for fysisk og psykisk støtte* blir her relevant.

I forskningsartikkelen fra Norge uttrykte enkelte av deltakerne at pasientene burde få innføring i sykdomslære og informasjon om opplæringstilbud ved sykdomsdebut (Tjelta & Holsen, 2013). Ved å få informasjon tidlig gir det muligheter for å raskere tilpasse seg sykdommen. Flere av pasientene uttrykte at det å inneha kunnskaper om sykdommen, medførte bedre bevissthet i forhold til valg i hverdagen, det gir kontroll og gjorde den enkelte i stand til å handle. Studien viser at kunnskap er en viktig faktor når det kommer til å mestre og å leve godt med diabetes type 2 (Tjelta & Holsen, 2013). Kunnskap er en ressurs som kan gi bedre forståelse av sykdommen og hvordan man kan forholde seg til den (Tjelta & Holsen, 2013). Noe som støttes av teorien om salutogenese, som handler om å ha fokus på det som styrker og fremmer helsen, i stedet for det som fremkaller sykdom. Kunnskap blir i teorien om salutogenese betegnet som en motstandsressurs, som betyr menneskets evne til å takle det man utsettes for (Mæland, 2010).

Den salutogenetiske modellen av Antonovsky dreier seg om å se det friske i mennesket. Antonovsky hevder at helse handler om evnen til å takle det vi utsettes for i livet. Det sentrale i den salutogene tenkingen er å fokusere på pasientens ressurser og evner til å skape god helse

(Sletteland & Donovan, 2012). Et slikt syn fremhever mulighetene for å oppnå eller realisere god helse. Dersom pasienten ikke er klar over egne muligheter for å lykkes i en eventuell livsstilsendring, kan det skape motivasjon ved at sykepleier hjelper han å se mulighetene. Det er viktig at sykepleieren ser nødvendigheten av å belyse pasienten om mulighetene han har, og gjør han oppmerksom på det. Å ha fokus på det som skaper helse, er et positivt syn. Det som allerede er bra, bør sykepleieren fremheve, da det kan virke som en motivasjonsfaktor (Sletteland & Donovan, 2012). I kostholdsveiledning kan man gi pasienten ros, hvis han for eksempel spiser mindre porsjoner. Opplevelse av mening og mestring vil bidra til en salutogen, eller en frisk utvikling. At pasienten opplever tilværelse som meningsfull, at det man utsettes for er forståelig, og mulig å mestre, vil fremme denne utviklingen. Menneskets motstandsressurser er av stor betydning for å mestre det man utsettes for. Her spiller sykepleieren en stor rolle, da hun kan hjelpe pasienten til å oppdage egne ressurser gjennom undervisning og veiledning (Tveiten, 2008a).

En svakhet ved Orems hjelpemetoder kan være at sykepleier ikke innehar den kompetansen som er nødvendig, for å kunne undervise og veilede pasienten. Dette kommer blant annet frem i en forskningsartikkel vi har funnet fra Finland, der over halvparten av helsepersonellet som deltok følte at de ikke hadde nok kompetanse til å kunne veilede (Jallinoja et al., 2007). I løpet av våre praksisperioder har vi opplevd at både studenter og sykepleiere har behov for kompetanseløft innen blant annet veiledning, da manglende kunnskap medfører at pasienten ikke får tilstrekkelig oppfølging og behandling.

Diabetes er en komplisert sykdom, og sykepleieren må se nytte av tverrfaglig samarbeid. Spesielt må hun engasjere andre faggrupper, dersom hun føler at hennes kompetanse ikke er tilstrekkelig. På den annen side kan det komme frem i kartlegging av en pasient, at han har minimalt med kunnskaper om kosthold. Dermed kan ernæringsfysiolog være en aktuell instans for å igangsette undervisning og veiledning. Mye av undervisning, behandling og oppfølging av pasientene gis gjennom tverrfaglig samarbeid. En diabetessykepleier har sin spisskompetanse om diabetes, og en ernæringsfysiolog om ernæring. Det bør foreligge et samarbeid mellom disse, fastlege og foterapeuter, spesielt i den videre oppfølgingen av pasienten (Ribu, 2010). Dette for at pasienten skal være best mulig rustet til å håndtere sykdommen, og slik sett være i stand til å leve et så godt liv som mulig.

6. Konklusjon

Dorothea Orems modell er anvendelig i møte med pasienter med nyoppdaget diabetes type 2, da den hjelper til å lage et system, slik at man kan gjennomføre god sykepleie. Den gir oss en ryddighet i å forsikre oss om at pasientene ikke mangler kunnskap når de kommer hjem.

Modellen gir en fin oversikt som det er mulig å handle etter, selv om den ikke konkret forteller oss hva vi skal gjøre. Ved å anvende Orems modell kan vi kvalitetssikre sykepleien til pasientene, og unngå at pasienter blir utskrevet fra sykehuset med manglende kunnskaper, noe vi erfarte i praksis.

Ut fra Orems modell undersøker vi hvilke behov pasienten ikke er i stand til å ivareta selv. Vi kartlegger den enkeltes egenomsorgssvikt, og om det foreligger behov for sykepleie. På bakgrunn av dette er Orems modell veldig anvendelig. Hennes modell kan medvirke til at vi kan gi god sykepleie på de to hektiske døgnene. Dette krever at sykepleiere behersker den pedagogiske funksjonen, og dermed har kompetanse innenfor veiledning og undervisning.

For å gi god sykepleie til en pasient med nyoppdaget diabetes type 2 er veiledning og undervisning sentralt, og tilrettelegges ut i fra den enkeltes ståsted. Vi ser det både nødvendig og viktig med videre oppfølging av pasienten etter utskrivelse.

7. Litteraturliste

Aas, A.-M. (2004). Kost og diabetes. I Vaaler, S. (Red.), *Diabeteshåndboken* (3.utg.). s. 106-115. Oslo: Gyldendal bokforlag AS

Antall sider: 9

Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling*. s. 123-144. Oslo: Akribes

Antall sider: 21

Bryhn, Rolf. (2009, 15. februar). Trening. I Store norske leksikon. Hentet 7. mai 2014 fra <http://snl.no/trening>.

Antall sider: 1

Cavanagh, S. J. (2005). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 33

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

Diabetesforbundet. (2013, Juni 04). *Diabetes type 2*. Hentet Mars 26, 2014 fra Diabetesforbundet: <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Antall sider: 1

*Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Esposito, K., Maiorino, M., Ciotola, M., Di Palo, C., Scognamiglio, P., Gicchino, M., & ... Giugliano, D. (2009). Effects of a Mediterranean-Style Diet on the Need for Antihyperglycemic Drug Therapy in Patients With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes. *Annals Of Internal Medicine*, 151(5), 306-W.102.

Antall sider: 13

Graue, M., Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling*. s. 237-250. Oslo: Akribes

Antall sider: 13

Halse, Johan. (2009, 13. februar). Glukagon. I Store medisinske leksikon. Hentet 7. mai 2014 fra <http://sml.snl.no/glukagon>.

Antall sider: 1

Helsedirektoratet. (2009). *Diabetes-forebygging, diagnostikk og behandling*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonalt-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>

Antall sider: 133

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.

Antall sider: 5

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Antall sider: 86

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). Om sykepleie. I N.J. Kristoffersen, Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Antall sider: 14

*Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv* (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Løvås, K., & Husebye, E. (2013). *Endokrinologi - En medisinsk lærebok* (1. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 6

Malpass, A., Andrews, R., & Turner M. K. (2008). Patients with type 2 diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. *Patient Education & Counseling*, 74 (2), 258-263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.018>

Antall sider: 5

*Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Måløy, A.K. (2011). Praktiske ferdigheter. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling*. s. 101-119. Oslo: Akribe

Antall sider: 18

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

*Ribu, Lis. (2010). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. Knutstad, U. (Red.), *Sykepleieboken 3* (1.utg). s. 473-514. Oslo: Akribe

Sagen, J. (2011a). Sykdomslære. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling*. s. 19-67. Oslo: Akribe

Antall sider: 48

Sagen, J. (2011b). Fysisk aktivitet. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling*. s. 147-156. Oslo: Akribe

Antall sider: 9

Schiøtz, M., Bøgelund, M., Almdal, T., & Willaing, I. (2012). Discrete choice as a method for exploring education preferences in a Danish population of patients with type 2 diabetes. *Patient Education & Counseling*, 87(2), 217-225. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.003>

Antall sider: 8

Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal.

Antall sider: 10

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-2013-06-07-29. § 3-8. (2014)

Antall sider: 1

Tjelta, M., & Holsen, I. (2013). "Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her" Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: en kvalitativ studie. *Nordisk sygeplejeforskning*. 3(3), 193-205.

Antall sider: 12

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Antall sider: 20

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

Tveiten, S. (2008b). *Veiledning - mer enn ord...* (3. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Antall sider: 35

*Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (2012). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Øverby, N. C., Klungland Torsvteit, M., & Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid* (1.utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Östenson, C-G., Birkeland, K., & Henriksson, J. (2009). I Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 294-301). [Oslo]: Helsedirektoratet.

Antall sider: 7

Totalt: 509 sider egenvalgt litteratur

Figur 1,2 og 3 hentet fra:

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. (s.46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1 – Litteratursøk

Database og dato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Begrensninger	Type søk	Utvalgte artikler
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes type 2 2. Change of lifestyle 3. Education 4. Newly diagnosed 5. Lifestyle 6. Motivation 7. Nurse patient relationship 8. Counseling 9. Patient education 10. Exercise 11. Diet <p>Kombinasjoner mellom:</p>						
Cinahl 25/03-14	1, 2 og 4	4	1	1	Årstall 2009-2014 Engelsk og norsk tekst	Fulltekst, forskningsartikler	1: <i>Patients with Type 2 Diabetes experience of making multiple lifestyle changes: A qualitative study</i> (Malpass, Andrews, Turner, 2008)
	1, 4 og 6	3	1	1	2011-2014, engelsk og norsk tekst. Studier som omhandler voksne	Fulltekst, forskningsartikler	0
	1 og 2	10	2	2	2007-2014, norsk og engelsk tekst. Studier		0

					som omhandl er voksne.		
	1 og 8	90	7	1			0
	1 og 4	38	1	0			
	1 og 7	3	0	0			
	1 og 9	150	11	1			<i>1: Discrete choice as a method for exploring education preferences in a Danish population of patients with type 2 diabetes (Schjøtz, Bøgelund, Almdal & Willaing, 2011).</i>
	1, 7 og 5	26	3	1			0
SveMed+					2007-2014, norsk tekst. Studier som omhandl er voksne. Peer-reviwed		
26/03-14	1, 2 og 6	7	2	2			0
	1	163	3	1			0
	1 og 5	27	2	2			<i>2: Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie (Tjelta, Holsen, 2013). Og The dilemma of</i>

							<i>paient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007).</i>
Idunn					2009-2014, norsk tekst.		
27/03-14	1	29	2	0			0

SveMed+: Søkete med søkeordet Typ 2-diabetes, krysset av for peer-reviewed tidsskrifter, og artikler. Vi avgrenset søket fra 2007-2014, og fikk opp 163 treff. Vi snevret inn søket videre ved å legge til søke ordet "life style", og fikk da 27 treff. Vi leste to abstrakter på artikler som vi synes hørtes aktuelle ut. Og syns disse var relevante for vår oppgave, dette var artiklene: *Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie* (Tjelta, Holsen, 2013). Og

The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007).

10/4-14 Cinahl: Søkete med søkeordene "Diabetes type 2" AND "Newly diagnosed" AND "Diet therapy". Krysset av for fulltekst, peer reviewed og research article. Artikler fra 2008-2014. Begrenset søket videre til aldersgruppe 45-64 år og artikler fra Europa. Fikk da 4 treff. Leste gjennom abtractet til en av disse artiklene som hørtes aktuell ut. Vi syns denne var relevant for vår oppgave: *Effects of a Mediterranean-Style Diet on the Need for Antihyperglycemic Drug Therapy in Patients With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes* (Esposito, Maiorino, Ciotola, Di Palo, Scognamiglio, Gicchino, & Giugliano, 2009).