



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum, Avdeling for folkehelse og idrett

4BACH

Kari Enger og Maiken Olsrud Åslie

Veileder: Anne Grethe Kydland

Bacheloroppgave i sykepleie

Sykepleie til pasienter med schizofreni og diabetes type 2.

Nursing for patients with schizophrenia and type 2 diabetes.

Antall ord: 13 427,
ekskludert innholdsfortegnelse og litteraturliste.

BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Sykepleie til pasienter med schizofreni og diabetes type 2

Forekomsten av diabetes type 2 er økt ved alvorlige psykiske lidelser som schizofreni. Mye av årsaken synes å være antipsykotiske medikamenter siden disse øker risikoen for diabetes, vektøkning og forverring av lipidprofilen (Helsedirektoratet, 2009). I denne oppgaven har vi utført et litteraturstudie for å finne ut hva som er god sykepleie til denne pasientgruppen. For å belyse dette har vi benyttet case fra praksis, hvor vi møtte flere pasienter med denne kombinasjonen av diagnoser.

For å fordype oss i diagnosene har vi valgt å søke etter relevant forskningslitteratur og benytte annen litteratur. Vår problemstilling er; *Hva er god sykepleie til schizofrene pasienter med diabetes type 2?* Vi fant ut at for å kunne yte god sykepleie til disse pasientene må man benytte seg av generell sykepleieteori og etisk teori opp mot kunnskaper og ferdigheter en sykepleier har. Man må følge opp for å ivareta pasientens helse, veilede pasienten til egenomsorg og yte omsorg. Vi har benyttet Kari Martinsens og Dorothea Orems sykepleieteorier for å belyse vår problemstilling fra et sykepleieperspektiv. Samtidig har vi presentert erfaringer fra egen praksis under sykepleiestudiet.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| SAMMENDRAG | 2 |
| 1.0 INNLEDNING | 5 |
| 1.1 AVGRENSNING OG DISPOSISJON | 5 |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 6 |
| 1.3 CASE | 7 |
| 2. METODE | 8 |
| 2.1 LITTERATURSØK | 8 |
| 2.2 VALG AV LITTERATUR..... | 8 |
| 2.3 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER | 9 |
| 2.4 KILDEKRITIKK..... | 11 |
| 3. DIABETES, KOSTHOLD OG AKTIVITET | 13 |
| 3.1 HVA ER DIABETES MELLITUS? | 13 |
| 3.1.1 <i>Diabetes type 2</i> | 13 |
| 3.1.2 <i>Kosthold for diabetikere</i> | 15 |
| 3.1.3 <i>Fysisk aktivitet</i> | 16 |
| 4. HVA ER SCHIZOFRENI? | 17 |
| 5. HVA ER GOD SYKEPLEIE? | 19 |
| 5.1 KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI | 20 |
| 5.2 DOROTHEA OREMS SYKEPLEIETEORI | 21 |
| 5.3 SYKEPLEIE TIL SCHIZOFRENE PASIENTER | 22 |
| 5.3.1 <i>Egostyrkende sykepleie</i> | 23 |
| 5.3.2 <i>Kontaktetablering, kontaktarbeid og tillit</i> | 25 |
| 5.3.3 <i>Veiledning</i> | 26 |
| 6. ETISK SYKEPLEIE | 28 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 6.1 | ETISKE PRINSIPPER | 28 |
| 6.1.1 | <i>Autonomi</i> | 28 |
| 6.1.2 | <i>Velgjørenhet- og ikke skade-prinsippet</i> | 30 |
| 6.2 | ETISK TEORI | 30 |
| 6.2.1 | <i>Normativ- og nærsetikk</i> | 31 |
| 6.2.2 | <i>Pliktetikk</i> | 31 |
| 6.2.3 | <i>Konsekvensetikk</i> | 31 |
| 6.2.4 | <i>Nærhetsetikk</i> | 32 |
| 7. | DRØFTING | 33 |
| 8. | KONKLUSJON | 42 |
| | LITTERATURLISTE | 44 |
| | VEDLEGG 1 | 48 |

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven skal vi ta for oss sykepleie til pasienter som har den alvorlige psykiske lidelsen schizofreni, og i tillegg har utviklet den somatiske folkesykdommen diabetes 2. Diabetes type 2 er i stor vekst i hele verden. I 1985 ble det registrert 50 millioner mennesker med diabetes type 2 i verden. I 2007 ble det registrert 247 millioner tilfeller. Ekspertene anslår at innen 2025 har 472 millioner mennesker diabetes type 2 (Folkehelseinstituttet, 2012). På en annen side, rammes det 600-800 nye tilfeller schizofrene hvert år. I Norge har til enhver tid 12000-16000 mennesker diagnosen schizofreni (Folkehelseinstituttet, 2013). Dette utgjør til sammen store pasientgrupper, og noen av disse har begge disse sykdommene. Dette skal vi se nærmere på.

Forekomsten av diabetes er økt ved alvorlige psykiske lidelser som schizofreni. Mye av grunnen til dette synes å være antipsykotiske medikamenter. Disse øker nemlig risikoen for diabetes, vektøkning og forverring av lipidprofilen (Helsedirektoratet, 2009). Vi har også funnet forskning som støtter opp under denne teorien. Samtidig har vi møtt flere pasienter med en kombinasjon av disse lidelsene i praksis under vårt studie. Vi vil lære mer om disse pasientene på grunn av at vi ser mangel på kunnskap ute i helsevesenet, og vi anser å møte disse pasientene i vårt yrkesliv. For å kunne yte god sykepleie til disse pasientene, er vi nødt til å ha kunnskaper om det. Vi vil presentere et case fra psykiatripraksis i kommunal psykiatritjeneste. Dette er en arena hvor det også arbeider autoriserte sykepleiere uten spesialutdanning.

1.1 Avgrensning og disposisjon

Pasientgruppen vi har fokus på i denne oppgaven er i hovedsak voksne kvinner som lider av paranoid schizofreni og i tillegg har diabetes type 2. Med bruk av case kjent fra praksis, vil det være lettere for oss å konkretisere oppgaven. Vi velger å presentere de to diagnosene i teoridelen adskilt, uavhengig av kjønn. Kjennetegn for schizofreni presenteres, og vi velger å fokusere på paranoid schizofreni ettersom pasienten i caset nedenfor lider av denne typen.

Vi velger å legge vekt på den hjelpende og veiledende rollen sykepleieren har i denne situasjonen, og hvor viktig det er med riktig og konkret oppfølging. Måten vi møter denne pasienten på har mye å si for hvor mye hjelp hun vil motta. Vi stiller oss spørsmålet om hvor

mye hjelp og veiledning vi kan gi for å ivareta hennes helse best mulig uten å krenke pasientens autonomi.

På grunn av oppgavens begrensninger på antall ord, velger vi å fokusere lite på viktige faktorer i pasientcasen, som pårørende og medikamenthåndtering. Vi velger å holde fokus på sykepleierens hjelpende rolle rundt kosthold og aktivitet i forhold til hennes diabetes, opp mot hennes psykiske lidelse hvor etikk, grensesetting og veiledning er viktig for å nå frem til pasienten. Fokuset blir tilnæringsmåten sykepleieren benytter seg av, og møtet med pasienten i gitte situasjoner i dagliglivet. Vi har erfart at møtet med en schizofren person ikke er likt fra dag til dag.

Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer følges, og oppgaven er bygget opp med presentasjon av case, problemstilling, innledning, metodekapittel som innehar informasjon om litteratursøk, samt kritisk vurdering av litteraturvalg, og avgrensning. I teorikapittelet presenterer vi de ulike temaene som etterfølges av drøftingsdel med våre funn. Tilslutt kommer en konklusjon som oppsummerer våre funn, og svarer på oppgitt problemstilling.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi fokuserer på møtet med pasienten i den kommunale psykiatrilsetjenesten, hvor vi som sykepleiere skal ivareta pasienten og yte sykepleie i hjemmet. Vi skal se nærmere på hva god sykepleie vil si til denne pasienten og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten til å ivareta egen helse i forhold til at hun har en kombinasjon av schizofreni og diabetes type 2. Vår problemstilling ble derfor;

Hva er god sykepleie til schizofrene pasienter med diabetes type 2?

1.3 Case

Kine er 35 år og lider av kronisk paranoid schizofreni, og hun har lidd av schizofreni siden tenårene. I tillegg har hun diabetes mellitus type 2 som er tablettbehandlet med Janumet 50/1000 mg morgen og kveld. Hun følges tett opp av kommunens psykiatriske team, noe som gjør Kine til en bruker av kommunehelsetjenesten, men benevnes videre i oppgaven som pasient. Psykiatrihelsetjenesten hjelper Kine med medikamenthåndtering. Kine oppbevarer selv tabletter for to uker av gangen, men må minnes på å ta disse, og dette kontrolleres også av personalet. De disponerer middagene hennes, motiverer henne til - og minner henne på dagligdagse gjøremål, samt tar henne med på handleturer. Hun bor alene i egen leilighet som hun leier av kommunen. Denne ligger like i nærheten av psykiatribasen.

Kine er inaktiv, røyker i perioder veldig mye, og er overvektig. Kostholdet hennes er heller dårlig og hun tar lite ansvar for egen helse. Hun trenger denne hjelpen fordi mangel på innsikt i egen sykdom preger valgene hun tar. Sykepleiere følger opp med blodsuktermåling en gang i uken, og ser til at Kine tar medisinerne sine. Blodsukkeret hennes varierer mye i løpet av døgnet da Kine sjelden spiser frokost, og ofte velger usunne alternativer som godteri og kaker. Hun trenger oppmuntring, veiledning og grensesetting i forhold til kosthold, dette fordi hun flere ganger i uken går til nærmeste kiosk for å kjøpe røyk, og det hender ofte at hun kjøper søtsaker i tillegg. Humøret hennes varierer fra dag til dag, og man kan ikke planlegge for mye rundt hennes hverdag, samtidig er hun ofte lett å påvirke. Hun er lett å komme i kontakt med, og hun er enkel å forholde seg til så lenge det ikke kreves noe av henne. Det psykiatriske teamet er på hjemmebesøk 4-5 ganger i døgnet for å tilse at Kine ivaretar sin egenomsorg så langt det lar seg gjøre. Noen ganger nekter hun å ta imot hjelp, og er uopplagt og sliten. Allikevel er hun ofte kontaktsøkende til personalet og ønsker å være sosial. Hun følger med på hva som skjer i lokalmiljøet, har tidligere vært håndballspiller og interesserer seg for klær. Man stiller seg spørsmål om hvor mye vi skal bestemme over Kine og hennes hverdag, og i hvilken grad kan vi ta valg for henne da dette trengs. Målet er at hun skal fungere mest mulig optimalt, og mestre hverdagen med de utfordringer hennes schizofreni og diabetes gir.

2. Metode

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

2.1 Litteratursøk

Vi har brukt helsebibliotekets databaser for å finne forskning til denne oppgaven. Vi har blant annet søkt i SveMed+ for nordiske artikler, og benyttet følgende søkeord: Diabetes mellitus type 2, psykisk helse, schizofreni, kommunikasjon, motivasjon, autonomi, grensesetting, livsstil, kosthold og sykepleie. Disse ga få og irrelevante funn, og det var lite nordisk-språklige artikler å finne. Vi har benyttet SveMed+ sine MESH- termer, samt Orndnett.no for å finne engelske ord og synonymer. For å finne engelske artikler søkte vi i CINAHL og PubMed. Vi har valgt å kun benytte oss av engelskspråklige artikler som vi alle fant på CINAHL via EBSCOhost.

Vi har søkt etter nyere forskning så langt dette har latt seg gjøre samt benyttet oss av kvalitativ og kvantitativ forskning. For å kvalitetssikre den kvalitative forskningen vi finner har vi benyttet oss av sjekklisten for vurdering av kvalitativ forskning som ligger på kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret, 2008). Skjema med søkehistorikk ligger vedlagt (Vedlegg 1) i oppgaven. For å finne pålitelig, relevant og selvvalgt litteratur, benyttet vi oss av skolens søkemotor BIBSYS og Oria. Her kunne vi søke opp litteratur som er tilgjengelig i skolens bibliotek.

2.2 Valg av litteratur

Vi har i best mulig grad benyttet oss av primærkilder, der forfatteren selv har skrevet stoffet. I visse tilfeller har vi vært nødt til å benytte oss av sekundærkilder, da primærkildene ikke har vært tilgjengelig. Ulempen ved å benytte seg av sekundærlitteratur er at teksten er tolket av andre, og denne tolkningen videreføres av oss (Dalland, 2012). Vi har benyttet oss av lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og betrakter disse som pålitelige.

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1: Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes.

Artikkel 1 og 2 er studier gjort fra to forskjellige perspektiv, men omhandler samme tema. Disse hører sammen og tar for seg to forskjellige fokusområder som derfor resulterte i to artikler.

Denne artikkelen er en kvalitativ studie og ble gjennomført i 2007 med 19 voksne mennesker med diabetes type 2. Denne studien tar for seg livsverdier som kan påvirke egenomsorg og motivasjonen hos pasienter med diabetes type 2. I artikkelen blir det kartlagt 6 viktige verdier. Disse er å opprettholde helse og lang levetid, samt bevare et positivt kroppsbilde, kroppslig velvære, selvbestemmelse, tilhørighet, samt å opprettholde evnen til å arbeide. Funnene i denne artikkelen viser at den støtten helsepersonell gir pasientene bør basere på at man har tatt hensyn til deres livsverdier og lært om disse. Dette er nødvendig for å kunne gi råd om pasientens selvregulering. Pasientenes mål bør være i samsvar med deres livsverdier (Oftedal, Karlsen & Bru, 2010).

Artikkel 2: Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes.

Dette er en kvalitativ studie som knyttes opp mot artikkelen nevnt ovenfor. Denne artikkelen omhandler helsepersonellens påvirkning i forhold til pasientens motivasjon for egenomsorg gjennom pasientens perspektiv. Helsepersonellens egenskaper og fagkunnskap i forhold til disse pasientene med diabetes type 2 anses som viktige. Dette er blant annet empati, informasjon og rådgivning, nøyaktighet, individuell informasjon, involvering i beslutningsprosessen og gruppebasert støtte. Siden sykepleierne hadde disse egenskapene fikk pasientene økt motivasjon for egenomsorg. De konkluderer med at helsepersonell kan styrke motivasjonen blant voksne med diabetes type 2, samt forventningen om å være i stand til å utføre en nødvendig diabetesbehandling (Oftedal, Karlsen & Bru, 2010).

Organizing care for persons with psychotic disorders and risk of or existing diabetes mellitus type 2.

Dette er en litteraturgjennomgang av både kvalitative og kvantitative studier som omhandler personer med psykotiske forstyrrelser og risiko for, eller eksisterende type 2 diabetes. Alle disse studiene tyder på at sykepleiere har en viktig motiverende rolle innenfor psykisk helse. De 16 studiene i denne litteraturgjennomgangen fokuserer på personer med psykotiske forstyrrelser i forhold til diabetes type 2. Tett oppfølging og kontinuitet av livsstilsendringer er essensielt for denne pasientgruppen: Sunt kosthold, fysisk aktivitet, endring av røykevaner, forebygging av senkomplikasjoner, samt oppfølging av metabolsk og glykemisk kontroll i forhold til antipsykotiske medikamenter. Antipsykotika har en påvirkning på vektøkning og hjerte- og karsykdommer som påvirker somatiske faktorer. Sykepleieren kan hjelpe den psykotiske personen til å få et helhetlig syn på sin psykiske helse sammen med sin diabetes (Hultsjö & Hjelm, 2012).

Alle disse studiene konkluderer med at sykepleier har en viktig rolle i forhold til å motivere og legge til rette for den enkeltes diabetesomsorg. Siden disse pasientene har psykotiske forstyrrelser krever det tett oppfølging og samarbeid angående diabetesbehandling og antipsykotiske medisiner, i forhold til diabetes (Hultsjö & Hjelm, 2012).

Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community setting

Dette er en kvalitativ studie. Målet var å undersøke sammenhengen mellom hvordan livskvaliteten og det sosiale nettverket til schizofrene personer er, knyttet opp mot subjektiv livskvalitet. Studien inneholder intervju med totalt 418 personer fra forskjellige steder i Skandinavia, som lider av schizofreni. De ble spurt angående livskvalitet, sin psykiske sykdom, sosialt nettverk og behovet for omsorg. Undersøkelsen tar utgangspunkt i deres bosituasjon, enten om de bor alene eller ikke, sammen med familie eller ikke, eller om de har en uavhengig eller skjermet bosituasjon. Studien viser at personer med schizofreni som bor alene i selvstendig bolig, føler en mer selvstendighet, bedre autonomi, samt bedre innflytelse over privatlivet sitt. De som bor i selvstendig bolig føler også at de har et bedre sosialt nettverk enn de som bor i omsorgsbolig, dette uavhengig av om de bor med flere eller alene (Hanson, Middelboe, Sørgaard, Bengtsson-Tops, Bjarnason, Merinder, Nilsson, Sandlund, Korkeila & Vinding, 2002).

Incidence of Diabetes in Patients with schizophrenia: A population-based study.

I år 2000-2005 gjorde (TNHRI) The National Health Research Institute en kvantitativ studie angående forekomsten av diabetes i den generelle befolkningen, samt folk med diagnosen schizofreni. TNHRI utførte en systematisk gjennomgang ut i fra deres egen database med flere studier og tok 617 068 tilfeldige av en million i en alder av 18 år og eldre. De har forsket på schizofrene personer opp mot den generelle befolkningen. Resultatet av forskningen viser at forekomsten av diabetes var høyere hos personer med schizofreni, samt kvinner generelt enn i den generelle befolkningen. I artikkelen skriver de at flere av pasientene fikk konstatert diabetes type 2 etter at de ble satt på antipsykotika. Det kan derfor tolkes dithen at enkelte antipsykotika kan være bidragsyter til utvikling av diabetes. Økt alder, antipsykotiske medikamenter, høyt blodtrykk og høyt kolesterol var risikofaktorer for diabetes hos pasienter med schizofreni (Hsu, Chien, Lin, Chou & Chou, 2011).

2.4 Kildekritikk

“Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om kilden er sann” (Dalland, 2012). Det betyr å vurdere de kildene som benyttes og karakterisere disse. Det omhandler hjelp til å finne frem den litteraturen som belyser vår problemstilling best mulig. Kildesøking og litteratursøking handler om å søke etter relevant litteratur, samt å benytte seg av denne litteraturen og gjøre rede for den i oppgaven. Det er viktig å stille seg kritisk til litteraturen som blir funnet (Dalland, 2012).

Det finnes to hovedtyper forskning, kvalitativ og kvantitativ forskning. De kvantitative metodene gir opplysninger i form av målbare enheter som gir oss mulighet til å utføre en utregning. De kvalitative metodene fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan måles i tall. Begge metodene er bidragsytere til å skape en bredere forståelse av det samfunnet vi lever i (Dalland, 2012).

Vi har valgt å stille oss kritiske til forskning ved å ikke ha med for gamle artikler. Alle er under 4 år gamle utenom en, som er fra 2002. Denne har vi valgt å inkludere, tross årstall. Dette grunnet at det finnes lite konkret forskning innenfor vårt tema slik vi ser det. Vi har brukt IMRAD-prinsippet for å kvalitetssikre forskningsartiklene vi har funnet. Dette omhandler at artiklene skal inneholde introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012). Relevansen artiklene har for oppgaven har vært vektlagt opp mot vår problemstilling. Vi har også brukt sykepleieforskning som er et krav i denne oppgaven, siden det er

sykepleierens arbeid vi studerer. Sammendraget til artiklene ble lest, og vi har derav plukket ut de mest relevante artiklene for vår oppgave.

Vi har under skriveperioden på grunn av en viss tidsbegrensning ikke hatt mulighet til å søke så grundig vi kunne ha gjort i dette temaet. Dette gjenspeiler seg i våre funn. Vi kunne ha fått flere konkrete svar på vår problemstilling via forskningslitteratur, men vi mener allikevel at vi har fått noe svar og tilegnet oss nye kunnskaper om temaet. Vi kunne ha søkt mer om schizofreni og atferd, samt generell sykepleie til schizofrene som trenger ivaretagelse av fysisk omsorg. Allikevel gir artiklene oss et svar på at vår pasient i caset ikke er et avvik, men at denne pasientgruppen faktisk eksisterer, og hvorfor. Disse svarene gir vår oppgave relevans for sykepleiefaget.

Våre funn presenterer pasienter som både lider av schizofreni alene, i tillegg til pasienter med en kombinasjon av schizofreni og diabetes. Artiklene kan sammen skape et mer helhetlig bilde på behovene vår pasient har og hvordan vi kan yte god sykepleie. Flere av studiene kunne ha gått mer i dybden selv om de gir oss svar på noe. Artiklene viser blant annet funn på at det finnes flere tilfeller i denne pasientgruppen, og at det er ikke en tilfeldighet ettersom flere studier viser samme funn.

Etter retningslinjer fra Høgskolen I Hedmark, skal det i tillegg til pensumlitteraturen velges ut 400 sider egenvalgt pensum. Denne vurderes som troverdig i forhold til at forfatterne innehar tilstrekkelig kompetanse innen sykepleie og helse. Selvvalgt litteratur er ikke merket med stjerne i litteraturlisten, og det er skrevet opp antall sider under hver kilde. Vi har prøvd å finne nyere litteratur for å belyse vår problemstilling, men ser også at under enkelte temaer i oppgaven er litteratur fra tidlig 90-tallet like relevant.

Nettsider vi har benyttet oss av har mye av samme innhold som pensumbøkene i studiet, og vi anser disse som pålitelige kilder. Norsk Helseinformatikk, Helse- og omsorgsdepartementet, Diabetesforbundet, Leksikon, Folkehelseinstituttet, Felleskatalogen og Helsedirektoratet sine nettsider er kilder som er relevante for helsepersonell, men forklares også på en forståelig måte slik at ufaglærte innen feltet også kan forstå innholdet. Grunnen til at vi har benyttet disse kildene er at de har gitt oss flere svar på problemstillingen. For å få nyere informasjon om forekomster av vårt tilfelle, har vi vært nødt til å søke etter litteratur på internett i tillegg til bøker.

3. Diabetes, kosthold og aktivitet

3.1 Hva er Diabetes Mellitus?

Diabetes mellitus er det latinske navnet for det vi på folkemunne kaller sukkersyke, men nevnes heretter som diabetes. Det er en livsstilssykdom som er økende i antall både i Norge og resten av verden (Helsedirektoratet, 2009). Diabetes er en sykdom med kronisk hyperglykemi, det vil si at det er en forhøyet konsentrasjon av glukose i blodet grunnet nedsatt eller manglende insulinproduksjon. Normalt blodsukkernivå hos friske, fastende personer er over 4 og under 7 mmol/l. Sykdommen skyldes en autoimmun reaksjon mot betacellene i de langerhanske øyene i pankreas (Ribu, 2008). Det finnes to hovedtyper diabetes, type 1 og type 2, men det finnes også andre diabetesformer. Disse velger vi å ikke presentere grunnet relevans for oppgaven. Type 1 er ofte arvelig, mens type 2 kan man få grunnet arv og livsstil (Jenssen, 2011). Vi har valgt å fokusere på type 2, siden pasienten i caset har diabetes type 2.

3.1.1 Diabetes type 2

Diabetes type 2 karakteriseres som en kronisk sykdom og er en av de vanligste stoffskiftesykdommene. Den relateres til høy alder, men er allikevel ikke uvanlig blant yngre mennesker. Stadig økende overvekt som følge av nedsatt fysisk aktivitet blant spesielt unge mennesker er en negativ utvikling i den vestlige verden i dag. Dette øker risikoen for diabetes (Vaaler, 2004).

De fleste personer som har type 2-diabetes har insulinresistens. Det vil si at insulinets effekt på muskel-, lever- og fettceller er nedsatt (Jenssen, 2011). Diabetes type-2 har varierende grader insulinresistens som er mangel på insulinproduksjon. Når insulinproduksjonen ikke er tilstrekkelig for å opprettholde et normalt blodglukosenivå utløses diabetes. Det forhøyede blodsukkernivået skyldes en kombinasjon av forsinket opptak av glukose i vevet, men også økt glukoseproduksjon i leveren (Helsedirektoratet, 2009).

Mange diabetikere kontrollerer langtidsblodsukkeret (HbA1c). Det står for glykolysert hemoglobin. Dette gir en indikasjon på gjennomsnittlig blodsukkernivå de siste 6-10 uker (Nylenna, 2008). Man finner ut hvor mye sukker som er bundet til hemoglobinet. Svaret oppgis i prosent. Anbefalt HbA1c for pasienter med diabetes type 2 er en verdi som ikke overstiger 7 % (Diabetesforbundet, 2013). Målingen av HbA1c er viktig for å kunne vurdere pasientens glukosenivå i en viss periode, og for å kunne se risikoen for å utvikle hyperglykemiske senkomplikasjoner (Sortland, 2001). Nedenfor er en tabell over sammenhengen mellom HbA1c og gjennomsnittlig blodsukker i mmol/l.

| HbA1c, %: | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|----|------|------|------|------|
| Gjennomsnittlig blodsukker, mmol/l: | 4,5 | 6,3 | 8,2 | 10 | 11,9 | 13,7 | 15,6 | 17,4 |

«Verdiene i tabellen over baserer seg på formel $(33.3 * \text{HbA1c} - 86) / 18$ som blir brukt i flere laboratorier. Det gis ingen garanti for gyldigheten av dette, da det bl.a. er avhengig av målemetode som blir brukt i det aktuelle testlaboratorium.» (Diabetesforbundet, 2013).

Ut i fra denne tabellen ser vi at Kine burde ligge på en HbA1c på mellom 6% og 7% (Diabetesforbundet, 2013).

Sykdommen blir kalt en livsstilssykdom fordi inaktivitet, dårlig kosthold og overvekt, spesielt økt midjeomkrets kan gi diabetes type 2. De to viktigste hormonene med tanke på utvikling av diabetes er insulin og glukagon. Hormonet insulin har to effekter, både å senke blodglukosenivået, og å dempe leverens produksjon av blodglukose. Hormonet glukagon har en motsatt virkning fra insulin. Den øker leverens produksjon av glukose. Ved diabetes type 2 produseres for mye glukagon. Det er altså for liten insulinproduksjon og økt glukagonproduksjon som utgjør den forhøyede blodglukosen. Dette vil etter hvert utvikle hyperglykemi, som er en kronisk forhøyet blodglukose. Når man har økt insulin og triglyserider kalles dette for det metabolske syndromet. Det kan gi overvekt og hypertensjon. Forhøyet triglyserider settes i sammenheng med økt risiko for hjerte- og karsykdommer (Jenssen, 2011). Triglyserider er et lager og en transportform av fettsyrer. Et triglyserid er bygd opp av tre fettsyrer og glyserol. Disse spaltes til fettsyrer i fettvev eller muskelvev (Store norske leksikon, 2014).

Senkomplikasjoner for diabetes deles inn i mikro- og makrovaskulære komplikasjoner. Dette er komplikasjoner som er følge av dårlig regulert blodglukose, at man går med forhøyet blodglukose over tid og forandringer i små og store blodårer. Mikrovaskulære komplikasjoner kan føre til nefropati som gir utslag i nyrer og kan gi nyresvikt, retinopati som gir utslag i øynene og dette er den vanligste årsaken til blindhet i den vestlige verden. Det kan også føre til nevropati som gir utslag i perifere nerver. Makrovaskulære komplikasjoner kan føre til hjerte og kar-sykdommer og hjerneslag. En vanlig komplikasjon for diabetikere er også decubitus og andre sår, grunnet nedsatt sirkulasjon perifert, som gir nedsatt blodtilførsel til beina, eller perifer nevropati (Ribu, 2008). Vi har erfart i praksis at hvis en diabetiker først fått sår perifert, er det vanskelig å få disse til å gro, og i verste fall kan det ende med amputasjon. Diabetisk fotsår er den vanligste årsaken til amputasjoner i Norge (Norsk helseinformatikk [NHI], 2012). Derfor bør normalverdien på blodsukkeret til Kine ligge på mellom 4,5-10 mmol/l (Ribu, 2008). Vi har erfart fra praksis at en diabetiker bør ligge stabilt under 9 mmol/l. Målet for Kine er å hindre forhøyet blodglukose over tid.

Med forhøyet blodglukose over tid er man i stor risiko for å utvikle senkomplikasjoner. Mange øker risikoen ved å ha gått med udiagnostisert diabetes over tid, og dermed har allerede senkomplikasjonene begynt (Sortland, 2001). For å kontrollere Kines blodglukose, får hun antidiabetikumet Janumet 50/1000 mg to ganger daglig. Hun har tidligere stått på Metformin og Amaryl, men har for en stund tilbake gått over på Janumet. Dette gis til pasienter hvor fysisk aktivitet og sunt kosthold sammen med maks dose Metformin, som er et meget vanlig antidiabetikum, ikke gir tilstrekkelig glykemisk kontroll alene. Disse bør tas til mat for å redusere risikoen for ubehag i mage-tarm regionen (Felleskatalogen, 2014).

3.1.2 Kosthold for diabetikere

Tidligere var det anbefalte kostholdet til en diabetiker strengt, i dag er det mer i tråd med kosthold som er anbefalt for alle. Det anbefales å få i seg mye fiber, samt å spise umettet fett i stedet for mettet fett. Maten bør inneholde lite sukker og lite raske karbohydrater som finnes i hvitt mel og stivelse (Sortland, 2001). Måltidene bør være regelmessige, små og hyppige. Dette er viktig for å holde en jevn blodglukose. Blodglukosenivået stiger etter hvert måltid, mens hos Kine som er diabetiker, stiger ikke insulinnivået slik det skal, i motsetning til oss andre. Aktivitet, medisiner og kosthold er de tre viktigste hjørnesteinene i behandlingen av diabetes. Fiberrik mat kan være grove kornprodukter og grønne grønnsaker. Mat som inneholder langsomme karbohydrater kan være for eksempel grovt brød, havregrøt,

og grove frokostblandinger. Fisk og hvitt kjøtt inneholder minimalt mettet fett, og anbefales derfor fremfor rødt kjøtt og blandingsprodukter av kjøtt. Det finnes også mange sukkerfrie alternativer som Kine kan nyte av og til, og spises med måte (Ribu, 2008). Faktorer som påvirker blodsukkeret er fysisk aktivitet og kosthold (Sortland, 2001).

3.1.3 Fysisk aktivitet

«Fysisk aktivitet kan defineres som enhver kroppslig bevegelse skapt av skjelettmuskulatur som resulterer i bruk av energi» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Fysisk aktivitet er en annen viktig grunnleggende diabetesbehandling. Det er en rekke fordeler ved å være fysisk aktiv. Trening øker effekten av insulin, noe som bedrer insulinfølsomheten i det perifere vevet, og senker insulinbehovet. Dette gir en bedre glukosekontroll gjennom hele døgnet. Fysisk aktivitet bidrar til bedre lipidprofil i blodet, samt øke det gode HDL-kolesterolet, som betegnes som «det gode kolesterolet» og reduserer mengden triglyserider (Sortland, 2001).

Ved fysisk aktivitet senkes blodtrykket, og hjerte- og karsystemet styrkes. Dette er med på å redusere risikoen for makrovaskulære senkomplikasjoner. I tillegg økes energiforbruket, noe som gjør det enklere å kontrollere vekten. Det er viktig at den enkelte blir kjent med kroppen sin og diabetessykdommen, slik at man vet hvordan kroppens blodglukose svinger med fysisk aktivitet (Sortland, 2001).

Diabetesforbundet anbefaler regelmessig aktivitet for personer med diabetes type 2. For Kine som i utgangspunktet er inaktiv, vil en halvtime fysisk aktivitet hver dag, med moderat intensitet være blodsukkersenkende og helsefremmende. Økt fysisk aktivitet kan også redusere HbA1c (Diabetesforbundet, 2011).

Grunnet Kines psykiske lidelse, ser vi ikke for oss at hun kommer til å trene hardt og kontinuerlig, men for henne handler det like mye om å vedlikeholde selvfølelse og funksjonsevne i best mulig grad. Å beherske aktiviteter som å gå til butikken, gå en tur med personalet og lignende, vil styrke hennes selvstendighet og egenomsorg, samtidig som det er bra for hennes diabetes (Løkensgard, 1995).

4. Hva er schizofreni?

Kine lider av Schizofreni, og det er den vanligste formen for psykose. Psykose er en tilstand hvor kjennetegnet er en forstyrrelse i virkelighetsoppfatning, tenkning og persepsjon (Snoek & Engedal, 2006). Man får indre ideer som delvis eller helt overtar virkeligheten (Håkonsen, 2008). De deles inn i schizofrenier, paranoide psykoser og akutte eller forbigående psykoser. De fleste som får Schizofreni er mellom 18 og 28 år, men det registreres også tilfeller som er både yngre og eldre ved debut. Man ser ingen tydelige avvik på kjønn som rammes av Schizofreni. Det er til enhver tid omlag 20 000 personer med diagnosen i Norge, og dette tallet har holdt seg stabilt (Snoek & Engedal, 2006).

Hva schizofreni skyldes er noe uklart. Ingen enkelte faktorer kan forklare hvorfor et individ får schizofreni. Noen mener at schizofreni enten skyldes en mindre hjerneskade, eller at hjernen produserer mer dopamin enn normalt. Arv kan også være en faktor. Dopamin er en av mange transmittorer i hjernen. Den formidler impulser fra nervecellen til en annen celle (Cullenberg, 1994).

Vi har tre hovedformer for schizofreni. Vi velger å fokusere på Kines lidelse, nemlig paranoid schizofreni som er den vanligste formen i Norge. Paranoid schizofreni, som pasienten i vårt case lider av, kjennetegnes av konstante vrangforestillinger, hallusinasjoner og persepsjonsforstyrrelser. Vrangforestillingene har en betydelig grad av urimelighet. Det finnes en dypt psykotisk verden hos disse menneskene, selv om de kan være meget godt tilpasset sosialt (Cullenberg, 1994). Hallusinasjoner er sanser som settes ut av spill, og kan være eksempelvis stemmer som bare pasienten hører. Disse truer eller kommanderer pasienten til å utføre, eller unngå handlinger og styrer ofte pasientens handlingsforløp. Det er sjelden sterke følelsesmessige uttrykk, men mistenksomhet og irritabilitet ses ofte. Atferden til en pasient som lider av schizofreni er ofte preget av merkelige handlingsritualer, usammenhengende språk og tanker, avflatet følelsesliv og motivasjon (Håkonsen, 2008). Siden Kine bor alene i egen leilighet er hun ganske godt fungerende, men man kan merke at noen av disse symptomene preger henne.

Grunnsymptomer på schizofreni er assosiasjonsforstyrrelse, autisme, affektavflatning og ambivalens. *Assosiasjonsforstyrrelse* er tanker som gjør det vanskelig å konsentrere seg eller være sammen med andre grunnet at den ene tanken tar den andre uten at man forstår hvordan. Dette kan sammenlignes med en drøm, men er altså en tankeforstyrrelse. *Autisme*

er i denne forbindelse en mangel på oppfatning av sitt eget geni og hva man egentlig klarer å prestere. Dette styres av fantasien. Autismen virker ikke så uttalt for Kine, men hun bærer preg av de andre symptomene. *Affektavflatning* er at man ikke oppfatter den ordentlige virkeligheten og man har en følelse av trussel utenfra. Man hører ofte stemmer og oppfatter ting rundt seg som andre ikke får med seg. *Ambivalens* er at man har to motstridende følelser på en og samme gang. Som for eksempel en pasient som søker hjelp for sitt problem, samtidig som han fortsetter å ta valg som påvirker problemet i negativ retning. Da vil hjelpen og personens oppfatning være motstridende (Snoek & Engedal, 2006). Alle disse begrepene behøver ikke være tilstede for at det skal være snakk om schizofreni, men noen av de vil en schizofren person ha (Cullenberg, 1994). Vi opplevde i praksis at Kine av og til har affektavflatning og ambivalens.

5. Hva er god sykepleie?

Sykepleie er et profesjonsfag (Kristoffersen, 2012). «Vi vil hevde at sykepleiens særegne funksjon er: Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov.» (Sykepleierforbundet, 2008). Kari Martinsen legger omsorg som et absolutt krav for å yte god sykepleie, mens Dorothea Orem legger vekt på at sykepleier skal utfylle mangler i pasientens egenomsorgskapasitet (Kristoffersen, 2012). I Pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 1 (1999) karakteriseres en pasient som en som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med et behov for sykepleie eller annen helsehjelp.

Sykepleiens innhold består av verdier og fagkunnskap. Å utøve sykepleie innebærer å ta på seg et samfunnsmessig ansvar og man forplikter seg til å ha noen viktige moralske idealer. Verdier som nestekjærlighet og barmhjertighet er grunnleggende for å utøve sykepleie. Den har historiske og samfunnsmessige verdier, og har etiske regler som bunner i yrkesetiske retningslinjer og internasjonale etiske retningslinjer. Historisk sett var sykepleiefaget tidligere et kall, hvor å hjelpe og ha omsorg for andre var sentralt. Dette er fortsatt viktig, men samtidig må man tilpasse seg dagens samfunn slik at sykepleien vi utøver er levedyktig inn i vår tid. Vårt fag er i kontinuerlig utvikling og består av ulik kunnskap og kompetanse som gir en helhet. Sykepleie bygger på kunnskap, erfaring, vitenskap, naturvitenskap, og humanistiske fag. En sykepleier må også kunne bruke sine sanser bevisst, og oppmerksomhet i møtet med den enkelte pasient. Man må også ha ferdigheter til å kunne utføre konkrete handlinger knyttet til å ivareta menneskets grunnleggende behov. Sentrale funksjoner en sykepleier har, knyttet til denne oppgaven er blant annet forebygging, helsefremming, behandling, veiledning og organisering (Kristoffersen, 2012). Vi velger å presentere Kari Martinsens og Dorothea Orem's sykepleieteorier.

5.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen (f.1943) er en norsk sykepleier med spesialutdanning i psykiatri som utviklet omsorgsfilosofien gjennom et langt forfatterskap. Etter 30 år er dette fortsatt sentralt innen sykepleie. Omsorg er en sosial relasjon, som omhandler solidaritet og fellesskap som har med andre å gjøre. Det handler om forståelse, og for at omsorgen skal være ekte må man forholde seg til den andre med en viss holdning. Omsorg er en relasjon mellom minst to mennesker, og Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner; Balansert gjensidighet som betyr at begge parter gir og mottar omsorg, og uegennyttig gjensidighet som betyr at den ene parten sørger for den andre uten å forvente å få noe tilbake. Den fundamentale verdien i omsorg er en grunnholdning, et ansvar for den svake, og en god tilnæringsmåte. Omsorg defineres av Kari Martinsen som et relasjonelt begrep hvor det er bakgrunn i et kollektivistisk menneskesyn. Det må eksistere en relasjon før omsorg kan finne sted. Sykepleierens ansvar er å ta seg av personer som er svake og avhengig av omsorg. Dette grunnet sykdom, alder eller andre forhold. Spesielt vektlegger hun ansvar for de som ikke kan gjenvinne sin uavhengighet (Kristoffersen, 2012).

Omsorgsetikk ses på som veldig viktig i dagens medisinske etikk, og er utviklet av flere filosofer de siste tiår (Brodtkorb, 2011). Vi har valgt å trekke frem Kari Martinsens teorier. Hun har vært en viktig bidragsyter til denne etikken. Omsorgsetikken beskrives av Martinsen som tredimensjonal; den er relasjonell, praktisk og moralsk. Vi velger å kun presentere det moralske begrepet fordi det er mest relevant for vår problemstilling. Kari Martinsen legger også mest vekt på omsorgens moralske side, altså dette med å sette seg selv til side for å hjelpe pasienten. Man skal handle godt og riktig for pasienten uansett utfordring (Kristoffersen, 2012).

Martinsen mener at uten omsorg vil vi gå til grunne fordi omsorg er det mest grunnleggende og naturlige i menneskers eksistens. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten bygger på gjensidighet, solidaritet, tillit og anerkjennelse. Hun beskriver også svak paternalisme som betyr å handle ut i fra fagkunnskap til pasientens beste, som er viktig i sykepleien til de svake (Brodtkorb, 2011). Moral er en holdning som kommer til uttrykk mellom ulike menneskers forhold. Martinsen sier at makt er en del av alle avhengighetsrelasjoner, også i relasjonen mellom sykepleier og pasient. I en relasjon mellom sykepleier og pasient er partene likeverdige men relasjonen er likevel asymmetrisk, fordi sykepleieren har en makt som pasienten ikke har grunnet sin stilling og kompetanse. Pasienten vil være avhengig av

sykepleieren for å få den pleien han trenger og er derfor i en sårbar og utsatt posisjon (Brinchmann, 2012). Kari Martinsen sier noe om viktigheten av å delta aktivt i andre menneskers lidelse, ikke stille seg på sidelinjen og forholde seg passiv. Dette viser at hjelpen blir gitt betingelsesløst, altså uten tanke og mening om å få noe igjen (Hummelvoll & Barbosa de Silva, 2012).

5.2 Dorothea Orems sykepleieteori

Mens Kari Martinsen fokuserer på omsorgsteori, fokuserer sykepleier og markantforfatter Dorothea Orem (1914-2007) på egenomsorgsteori. Hun har hatt stor innvirkning på sykepleietenkning i mange land. Orems generelle teori består av tre delteorier; teorien om egenomsorgssvikt, teorien om egenomsorg, og teorien om sykepleiesystem. Sykepleie er å erstatte pasientens manglende egenomsorg der individet selv ikke klarer å ivareta dette. Sykepleierens mål er at pasienten skal oppnå egenomsorg i den grad det er mulig, men i de tilfellene dette ikke er mulig, er målet til sykepleieren å lindre lidelsen og stabilisere pasientens tilstand mest mulig (Slettebø, 2013).

Orem presenterer videre tre forskjellige egenomsorgskategorier; *de universelle egenomsorgsbehovene* som påpeker at det er nødvendig for mennesket å ta for seg en rekke allmennmenneskelige behov for å opprettholde en mental og kroppslig funksjon, livsprosesser og anatomiske strukturer. *De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene* er basert på at bestemte forhold i livet påvirker menneskets utvikling fra unnfangelsen til døden. De universelle behovene må ivaretas på bestemte måter ut i fra alder, utviklingsstadiet eller situasjon, som for eksempel schizofreni. *Helsesviktrelatert egenomsorg* er basert på at hvis det er en svikt i helse eller velvære skal sykepleiere forebygge ytterligere svikt og konsekvensene dette gir (Kristoffersen, 2012).

Orem forklarer egenomsorgskapasitet som en sammensatt og kompleks evne. Dette kan påvirkes av genetiske faktorer og kulturelle forhold, samt av den enkeltes helsetilstand og erfaring. Forholdet mellom pasientens krav og kapasitet varierer over tid og påvirkes av mange faktorer. Under disse påvirkningene vil det kunne oppstå nye egenomsorgskrav. Den aktuelle situasjonen pasienten befinner seg i vil også redusere egenomsorgskapasiteten. Dersom det oppstår misforhold mellom pasientens egenomsorgskapasitet og kravene til egenomsorg, har pasienten behov for sykepleie. Denne ressursvikten er forbundet med

helsesvikt ved sykdom. Dersom man har manglende eller utilstrekkelig kunnskap og forståelse, svikt i evnen til å bedømme, vurdere og beslutte, eller svikt i evnen til å gjennomføre og iverksette målrettede handlinger, har man behov for sykepleie. Dette illustrerer Orem i en vekt som forteller om forholdet mellom egenomsorgskapasitet og egenomsorgskrav (Kristoffersen, 2012).

Sykepleierens fem generelle hjelpemetoder i møtet med pasientens egenomsorgskrav er å gjøre noe eller å handle for en annen, å veilede samt rettlede noen, sørge for fysisk og psykisk støtte, sørge for utviklingsfremmende omgivelser, samt undervise. Disse er nødvendig for å gi tilstrekkelig sykepleie ved egenomsorgssvikt (Kristoffersen, 2012).

Dorothea Orem og Kari Martinsen har forskjellig syn på disse teoriene. Martinsen mener at omsorg er et mål i seg selv, og tar avstand fra egenomsorgsteorien på grunn av at egenomsorg, uavhengighet og funksjonsdyktighet er urealistiske mål for pasientgrupper som sykepleiere yter omsorg for. Vi velger allikevel å fremme begge teoriene, fordi vi mener det kan være bra for Kine med en kombinasjon av disse to teoriene.

5.3 Sykepleie til Schizofrene pasienter

Vi velger å fokusere på sykepleie til schizofrene pasienter siden de har en alvorlig sinnslidelse og trenger kvalifisert og allsidig helsetjeneste. utfordringen til sykepleiere er å redusere de negative følgene den psykiske lidelsen medfører, samt lindre problemskapende og plagsomme symptomer. Det er viktig å støtte den schizofrene i deres vanskelige livssituasjon for å gi best mulig livskvalitet for pasienten og nettverket rundt. Kine trenger sykepleie fordi hennes psykiske lidelse byr på utfordringer når det kommer til fysisk egenomsorg (Løkensgard, 1995), her med tanke på hennes diabetessykdom.

5.3.1 Egostyrkende sykepleie

Liv Strand skriver i sin bok (1992) om egostyrkende sykepleieprinsipper og velger å dra frem viktige faktorer i samhandlingen med schizofrene pasienter som skaper utvikling. Disse prinsippene er kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containing-function, realitetsorientering, praktiske gjøremål – samhandling, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav og mål, samt trening i å ta valgmuligheter og å foreta valg (Strand, 1992). Vi velger ut de prinsippene vi mener er mest relevant for vårt case, og skriver noe om disse ut i fra denne boken.

Kontinuitet og regelmessighet må til for at forholdet mellom sykepleier og pasient skal få muligheten til å etablere og utvikle seg. Det er viktig å oppnå en begynnende allianse fordi schizofrene pasienter har som oftest påfallende mangel på kontinuitet og lukker seg selv i selvforsvar. Vi som sykepleiere må derfor tilby kontakt og regelmessighet med pasienten, og bevise at handlingene og tilbudene er til å stole på. Man må også ha tålmodighet, møte opp og være tilgjengelig igjen og igjen. Kontinuitet og regelmessighet er den viktigste måten vi som sykepleiere kan signalisere interesse for å hjelpe pasienten på (Strand, 1992).

Empati er et sentralt begrep når det gjelder *nærhet og avstand*. Empatibegrepet inneholder både et kognitivt og emosjonelt aspekt. Det er en prosess der man har samlet informasjon og inntrykk, man kontakter sine følelser, kunnskaper og erfaringer for å kunne vurdere hva pasienten trenger i den situasjonen hun er i. Empati er ikke å identifisere seg med pasienten, da kan man bli for nær og ofte handlingslammet eller opptatt av å løse problemer på sin egen måte. Hvis avstanden blir for stor, kan man ikke bli berørt av pasientens dilemmaer. Empati krever derfor en balansegang mellom nærhet og avstand. Distansen mellom sykepleier og pasient må i Kines tilfelle reguleres i forhold til tid, rom og samværrets innhold. Man må tilpasse hvor mye nærhet og omsorg pasienten trenger. Schizofrene kan fort føle seg avvist og forlatt. Dette kan være et problematisk aspekter ved avstand. Så lenge nærheten er tilpasset, vil pasienten føle sikkerheten og livsrommet hun trenger for sin vekst (Strand, 1992).

Fysisk omsorg er også viktig innenfor psykiatrisk sykepleie. Schizofrene pasienter har som regel lett for å sette til side fysiske behov som gjør at de for eksempel røyker mye, spiser lite og usunt, snur døgnnet og sover lite, ikke steller klær og kropp og kler seg upraktisk i forhold til vær og årstider. Dette ser vi at gjelder Kine også. Det er derfor sykepleiers oppgave å kompensere helt eller delvis for de mangler om den fysiske egenomsorgskapasiteten (Strand, 1992).

Grensesetting er så mangt, men i psykiatrien er det en aktiv handling med en terapeutisk hensikt og måte. Det markerer ytterpunkter som ikke bør overskrides. Gjennom grensesetting for pasienten er målet at hun skal leve et mest mulig tilfredsstillende liv. Når man setter grenser overfor andre mennesker innebærer det at man må ta i bruk den autoriteten man har som sykepleier. Det er samtidig viktig å ikke misbruke sin autoritet, og det man gjør og sier skal være etisk forsvarlig og menneskevennlig. Kine må forholde seg til mange forskjellige personer i helsetjenesten, og det er derfor viktig at alle de ansatte har et felles mål og en noe lik grensesetting overfor Kine (Strand, 1992).

Praktiske gjøremål – samhandling: Hos psykotiske pasienter er det viktig med praktisk aktivitet som er oversiktlig og avgrenset. Det kan gjerne innebære dagligdagse gjøremål. Disse praktiske gjøremålene bør tilrettelegges i forhold til mestring, motivasjon, avgrensing og oversiktighet, de bør være konkrete og samhandlet. I Kines tilfelle må hun rydde kjøkkenbenken før hun får hjemmehjelp en gang hver 14. dag. Dette er noe vi som sykepleiere går inn og følger opp at blir gjort. Dette med fysisk aktivitet i forhold til hennes diabetes kan også knyttes opp mot dette prinsippet (Strand, 1992).

Pedagogisk tilnærming er et prinsipp som omhandler veiledning og undervisning, men i Kines tilfelle handler det mest om veiledning. Pedagogikk betyr oppdragelseslære. Vi som sykepleiere skal kunne veilede pasienten til å ivareta så mange egenomsorgsbehov som mulig. Sykepleieren skal også bidra til å opprettholde en viss ADL-funksjon. ADL står for «activity of daily life». Det omhandler mestring i dagliglivets aktiviteter som personlig hygiene, vask og rydding av bolig, handle dagligvarer, passe tidspunkter til aktiviteter og andre gjøremål (Strand, 1992).

5.3.2 Kontaktetablering, kontaktarbeid og tillit

Kontaktarbeid og kontaktetablering, styrking av egenomsorg og vedlikehold, sosial ferdighetstrening, samt å samarbeide med pårørende er det grunnleggende i sykepleie til schizofrene pasienter (Løkensgard, 1995).

I psykiatrisk terminologi betegnes kontakt som en personlig forbindelse med noe engasjert og emosjonelt preg. Kontakt er ulikt utviklet hos mennesker. Noen oppnår lettere kontakt med omgivelsene enn andre. Alle mennesker har behov for å ha kontakt, og mange schizofrene deler adekvat kontakt med andre og snakker upåfallende om mange temaer, men med en viss sparsomhet i sitt emosjonelle engasjement uten å dele personlige følelser. Andre er mer tause og innesluttet. Disse svarer lite på henvendelser eller tar lite initiativ til kontakt. Dette er grunnen til at kontaktarbeid er spesielt viktig i forbindelse med denne pasientgruppen (Løkensgard, 1995).

Det kan være en lang fase som kan gå over både uker, måneder og år for å skape kontakt og etablering for en schizofren pasient. Kontaktetableringen begynner ofte ved et personlig møte og bør ha en viss hensikt. Den bør også være innenfor en viss ramme slik at sykepleieren tydeligere kan prege kontaktarbeidet. Fasens lengde varierer ut i fra lengde på relasjonen, samt hvor nær denne relasjonen skal være. For å skape kontakt med pasienten, må sykepleieren vise respekt gjennom handlinger og atferd, hun må utøve relevant omsorg og ta hensyn til pasientens meninger og ønsker. Ved å holde løfter, avtaler, være til å stole på, opptre entydig samt være nøyaktig med beskjeder, medikamenter og tiltak kan sykepleieren gjøre seg fortjent til pasientens kontakt og tillit. Dette er en side hvor sykepleieren kan etablere pålitelighet. For å kunne hjelpe en schizofren pasient må man kunne bruke kontakten hensiktsmessig (Løkensgard, 1995).

Kontakt gjennom felles situasjon og opplevelse kan gi en ekte kontaktfølelse. Eksempler på det kan være dagligdagse gjøremål som arbeidsoppgaver, måltider, eller et problem en er sammen om som skaper fellesskap. Kontaktfølelsen er subjektiv, og den kan være kortvarig, men den kan skape en varig forbindelse. Å etablere kontakt med en schizofren kan ta tid, og den krever utholdenhet og interesse fra begge parter, samt stor varhet og respekt for pasientens integritet. Kontakten med en schizofren bør være et reelt ærend, som for eksempel en arbeidsoppgave, påminnelse om medisiner, et spørsmål eller en opplysning til pasienten for å ikke skape mistenksomhet rundt opprettelsen av kontakt. Kontakten med en

schizofren pasient kan brukes til realitetsorientering, styrking av egenomsorg og personlighet, samt andre sykepleiermål (Løkensgard, 1995). For at kontakten skal være mest mulig hensiktsmessig bør pasienten ha primær- og sekundærkontakt som har en nær relasjon til pasienten. En primærkontakt har hovedansvaret for personlig oppfølging og oppfølging av tiltak rundt pasienten. Allikevel må pasienten kunne forholde seg til flere ansatte ved helsetjenesten. Siden flere skal forholde seg til Kine, bør det dokumenteres grundig rundt henne (Hummelvoll, 2012).

For noen er kroppen og kroppslige behov fremmed, og pasienten er opptatt i sin egen verden, og ekskluderer virkeligheten rundt seg. Dette kan påvirke personlige forhold til hygiene, å kle seg, samt ordne miljøet rundt seg. De mangler også elementære kunnskaper og ferdigheter rundt personlig hygiene, ernæring, økonomi og husarbeid. Det er derfor viktig at sykepleieren tar ansvar rundt ivaretagelse av pasientens egenomsorg (Løkensgard, 1995).

5.3.3 Veiledning

Begrepet veiledning er veldig sentralt i forhold til sykepleierens selvstendige funksjon. Ved veiledningen skal den enkelte ledes på rett vei, få hjelp via råd og opplysninger, få forklaring, bli orientert, samt styrke mestringskompetansen (Tveiten, 2008).

En generell definisjon på veiledning i forhold til sykepleierens pedagogiske funksjon er: «Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2008, s. 71). Veiledning ovenfor pasienter har til hensikt å styrke mestringskompetansen, forebygge sykdom, fremme helse, mestre sykdom og behandling, og medvirkning. Mennesker som har en sykdom eller lidelse vil vite, forstå og mestre symptomer, behandling og konsekvenser i sin egen situasjon. For å gi økt mestringsfølelse slik at pasienten kan oppnå egenomsorg, er veiledning aktuelt. Gjennom veiledning har sykepleier og pasient en god mulighet til å bli kjent, og utvikle «menneske til menneske-forhold». Dermed kan sykepleier legge til rette for at veiledningen blir individuelt og tilpasset pasienten. Det kliniske blikk og helhetssyn på sykepleie hos mennesket gjør at sykepleier identifiserer behovet for veiledning (Tveiten, 2008). Når man går inn til Kine, må man hver gang gjøre en god observasjon av hvilken tilstand hun er i, samt hvor mottakelig hun er for veiledning. Det er ikke alltid man kan nå fram med sitt budskap, men det viktigste er at sykepleieren holder et visst fokus i forhold til hvor mye grensesetting og

selvbestemmelse som skal være tilstede. Det at sykepleiere og ansatte i et døgnbemannet psykiatrisk tilbud er til stede hele døgnet gjør det mulig å bli godt kjent med pasienten, samt utfylle behovet for kontinuerlig oppfølging og veiledning. Pasientmedvirkning i sykepleie og behandling kan være helsefremmende (Tveiten, 2008). Pasienter som mottar kommunal helsehjelp har rett til informasjon samt medvirkning i egen situasjon, vi viser her til Pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 3 (1999).

Det stiller krav til en sykepleier når man skal veilede et sykt menneske. Det er viktig og nødvendig å vurdere pasientens situasjon for å kunne tilrettelegge den veiledningen pasienten har behov for. Faktorer som spiller inn er Kines tilstand, hva situasjonen er, som omhandler blant annet fysiske forhold; hvor man befinner seg, hva som foregår og hvem som er involvert. Det er ikke alltid pasienten ser sitt eget behov for veiledning, ofte er det sykepleieren som ser at behovet er tilstede. Dersom pasienten ikke ser dette behovet, kan motivasjonen for veiledning være lav, og sykepleier må motivere pasienten slik at hun er mottakelig for veiledning (Tveiten, 2008). Pasienten i caset har en sinnstilstand som tilsier at hun er mindre mottakelig for tilegnelse av kunnskap. Her må sykepleier legge til rette for at pasienten oppdager behovet for veiledning. Dette kan gjøres ved å i naturlige situasjoner fortelle pasienten hvilke konsekvenser det utgjør for hennes dagligliv (Tveiten, 2008). Vi har opplevd fra praksis at det viktig å være konkret og direkte når informasjon skal gis til schizofrene. Man må tilpasse seg hvilket stadium pasienten er på i forhold til kunnskap og ferdigheter for å nå frem med budskapet. Sykepleier kan sammen med Kine sette opp en ukeplan eller pleieplan for å planlegge noen aktiviteter og gjøremål. Dette for å gjøre pasienten delaktig, noe som gir forståelse og mestringsfølelse hos pasienten (Tveiten, 2008).

6. Etisk sykepleie

I møtet med Kine anser vi etikken i sykepleiefaget som meget sentralt. Dette på grunn av hennes schizofreni. Det er på en side viktig å ta hensyn til hennes psykiske tilstand, men samtidig følge opp hennes diabetes for å holde et stabilt blodsukker og unngå senkomplikasjoner. Her spiller etikken en viktig rolle for sykepleien vi utøver.

6.1 Etiske prinsipper

Vi har fire forskjellige prinsipper innen etikk. Det er autonomiprinsippet, ikke-skade prinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Brinchmann, 2012). Vi velger å utdype velgjørenhet og ikke skade-prinsippet, samt autonomi som vi anser som meget sentralt i forhold til Kine.

6.1.1 Autonomi

Ordet autonomi stammer fra to greske ord; *autos* som betyr selv, og *nomos* som betyr lov, styring og regulering (Slettebø, 2013). Autonomi ses på i dag som et juridisk og etisk prinsipp, som gir pasienten rett til informasjon om sin helsetilstand, diagnose og livssituasjon. I de situasjonene Kine nekter å ta imot hjelp, kan man stille spørsmål om hun er godt nok informert, og om hun er mentalt skikket til å ta et selvstendig valg, altså kompetent. Forutsetningene for at Kine skal ta et selvstendig valg må være at hun har fått god og objektiv informasjon om ulike alternativer og konsekvensene av det. Hun må samtidig ha oppfattet den informasjonen som blir gitt. Nedsatt psykisk helse kan påvirke en persons evne til å foreta autonome beslutninger. Autonomi er gradert, og ofte oppgavespesifikk. Det betyr at beslutningskompetansen kan variere etter hva det skal tas stilling til. Menneskers autonomi varierer gjennom livet, og avhenger av for eksempel sykdom og alder. Allikevel er menneskeverdet og integriteten konstant. Det vil si at om mennesker ikke evner å ta autonome valg, har de like mye krav på at sine fysiske og mentale grenser respekteres. Selv om Kine ikke kan ta autonome beslutninger når det gjelder for eksempel økonomi og medikamenthåndtering, kan hun ta autonome beslutninger når det gjelder dagligdagse valg som for eksempel valg av klær og når hun skal legge seg om kvelden (Brinchmann, 2012).

Vi stiller spørsmål om Kine er i stand til å uavhengig av dagsform, ta egne valg når det kommer til kosthold. Autonomi er ikke konstant, derfor burde helsepersonell være ekstra oppmerksomme rundt dette med integritet, sårbarhet og autonomi hos pasienten. I enkelte situasjoner vet helsepersonell bedre enn pasienten, og hva som er hennes beste. Målet er allikevel hele tiden å unngå å krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2012).

Helsepersonell har også mange ulike plikter overfor pasienter og pårørende. Vi har plikt til å trøste, lytte, hjelpe andre, respektere andres valg, være faglig kyndig, samt plikt til å forklare, og prioritere. En annen plikt helsepersonell har, er å holde det man lover. Hvis denne plikten ikke overholdes, skapes mistillit mellom pasienten og helsepersonellet, og pasienten kan ikke lenger stole på noen som til stadighet bryter sine løfter (Brinchmann, 2012). I tillegg til etiske plikter, har vi lovverk vi må forholde oss til, som Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Disse gir oss som helsepersonell retningslinjer å følge sammen med Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Sykepleieforbundet, 2011). For at en person skal kunne bestemme over seg selv, må visse forutsetninger være tilstede; å kommunisere, uttrykke et valg, samt få informasjon som er relevant for beslutninger om helsehjelp. Man må anerkjenne informasjonen angående egen situasjon i forhold til egen lidelse og følgende konsekvenser, samt resonere og avveie ut i fra relevant informasjon (Brinchmann, 2012).

Dersom en person har sterk ambivalens, har man svært vanskelig for å ta valg og uttrykke stabile ønsker. Tankeforstyrrelser kan komme både ved angst og depresjoner, noe som gjør evnen til å tenke rasjonelt nedsatt slik at pasienten ser forvridt på sin situasjon og er preget mer av egen tilstand enn vanlige fornuftige tankemønstre. Det samme gjelder for psykotiske pasienter. Dersom vi mener at pasienten er inkompetent til å ta selvstendige valg, må vi ta avgjørelser til pasientens beste og dette må gjøres med respekt, gjerne i samråd med pasienten selv. Det er viktig å ikke henvende seg til pasienten med en barnslig holdning (Slettebø, 2013).

Helsepersonellens plikt til å gi tilpasset informasjon er helt grunnleggende for at pasienten skal utøve egen autonomi (Slettebø, 2013). Pasientens rett til medvirkning og informasjon, er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (1999). Allikevel skal man være klar over at pasienten kan se på det som en belastning å bestemme selv (Brinchmann, 2012).

Det står skrevet i yrkesetiske retningslinjer at helsepersonell kan ta viktige beslutninger som pasienten selv ønsker, og det er derfor viktig å finne en balanse rundt autonomiprinsippet i

forskjellige situasjoner. For oss som helsepersonell er det viktig å se kritisk på gamle rutiner og være åpne for nye, i samhandling med pasienten (Kristoffersen & Nordtvedt, 2012).

6.1.2 Velgjørenhet- og ikke skade-prinsippet

Velgjørenhet- og ikke skade-prinsippet er nært knyttet til hverandre fordi begge prinsippene fokuserer på å gjøre det beste for pasienten. Ikke skade prinsippet er passivt, og omhandler plikten til å passe på at pasienten ikke blir skadet av den sykepleien som blir gitt til pasienten. Velgjørenhetsprinsippet krever aktiv handling, og at sykepleieren handler til det beste for pasienten, samt forebygge onde eller skade. Velgjørenhetsprinsippet finner man helt tilbake til Hippokrates' tid (460 f. Kr.-377 f. Kr.). Begge prinsippene omhandler å gjøre vel, og til det beste for pasienten (Slettebø, 2013).

6.2 Etisk teori

Medisinsk etikk defineres som «de moralske holdninger, normer og verdier som bør regulere legenes og annet helsepersonells yrkesutøvelse» (Nylenna, 2008). Det styres av fornuften, empatiske evner og samvittigheten (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012). En norm er en uskreven regel som hjelper oss å skille mellom rett og galt i det daglige liv. Ut i fra ulike holdninger, kunnskaper, egenskaper, menneskesyn og erfaringer man har som menneske, danner man seg meninger som er forskjellige. Dette påvirker igjen våre handlinger som kan få følger for pasienter og pårørende, samt skape et etisk dilemma (Brinchmann, 2012).

Et dilemma blir et etisk dilemma når det har to eller flere moralske krav som står opp mot hverandre i samme situasjon. Et etisk dilemma utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier, der begge alternativene er ønsket. Det er en situasjon der det ligger en konflikt mellom ulike etiske prinsipper (Brinchmann, 2012). Helsepersonell, pasientens integritet og selvbestemmelsesrett kan kolliderer på grunn av forskjellig livssyn, religion og politisk ideologi (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012).

6.2.1 Normativ- og nærsetikk

I etikken skiller vi ofte mellom to retninger, Brinchmann (2012) deler de inn på følgende vis:

1. Normativ etikk er fornuftbasert, og omfatter plikter, normer og regler. Her under kommer pliktetikk, konsekvensetikk og prinsippbasert etikk. Disse brukes ofte for å vurdere etiske dilemmaer og vanskelige valg.
2. Nærhetsetikk handler om holdninger, væremåte og relasjon. Her kommer nærhetsetikken, dydsetikken og omsorgsetikken (Brinchmann, 2012).

Vi velger å ikke presentere dydsetikken grunnet lite relevans.

6.2.2 Pliktetikk

Den tyske filosofen Immanuel Kant (1724-1804) har vært viktig for pliktetikken. Han sa en gang at mennesket ikke skal brukes som et middel, men som et mål i seg selv. Vi skiller mellom indre og ytre plikter, prima facie- plikter, absolutte plikter og faktiske plikter. Indre plikter er motivert innenfra ut i fra det menneskelige fornuft, mens ytre plikter begrunnes ut fra lover og regler, samt religion. Prima facie- plikter gjelder isolert sett når vi ser bort fra etiske hensyn som kan melde seg i en konkret situasjon, mens absolutte plikter er plikt som gjelder uansett. Faktiske plikter forteller hva vi skal gjøre i en konkret situasjon. Som sykepleier har vi plikt til å redde liv, yte øyeblikkelig hjelp, samt taushetsplikt (Brinchmann, 2012). Dette støttes opp av Helsepersonelloven (1999), med motstående rettigheter i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Sykepleieren plikter å respektere pasientens autonomi, og i pliktetikken har man fokus på personen og handlingen. Pliktetikken er basert på plikter, regler, retningslinjer, fornuft og normer.

6.2.3 Konsekvensetikk

I motsetning til pliktetikk, fokuserer konsekvensetikken seg på målet og konsekvensen av handlingen. Det kan enten være positive eller negative konsekvenser for personen. For å finne gode løsninger må pliktetikk og konsekvensetikk sees i sammenheng. Det handler om å respektere pasientens selvbestemmelsesrett opp mot pliktene en sykepleier har (Brinchmann, 2012).

6.2.4 Nærhetsetikk

Nærhetsetikken legger vekt på at vi skal handle godt for vår nestes skyld og ikke for oss selv. Man handler ofte ikke etter fornuft, men etter intuisjon, følelser, moral, kunnskap og situasjonsforståelse man har etter tidligere erfaringer. Å handle etter nærhetsetikken kan for eksempel få økonomiske konsekvenser (Brinchmann, 2012). Hvis for eksempel vi som sykepleiere skal bruke mer tid enn det som er satt av inne hos Kine fordi man føler dette trengs der og da, vil dette ofte gå ut over andre som trenger tjenesten like mye. Nærhetsetikken legger vekt på den mellommenneskelige relasjonen til et annet menneske, og at vi har ansvaret for de svake og lidende. Dette gir oss sykepleiere ansvar for den andre (Brinchmann, 2012).

7. Drøfting

Forekomsten av diabetes har økt ved alvorlige psykiske lidelser som schizofreni. En stor årsak til dette synes å være antipsykotiske medikamenter (Helsedirektoratet, 2009). Antipsykotika har stor påvirkning på somatiske faktorer, og er en bidragsyter til utvikling av diabetes (Hsu et al., 2011). Forskning viser at sykepleieren har en viktig rolle i forhold til motivasjon, oppfølging og tilrettelegging i forhold til diabetesbehandlingen for den schizofrene (Hultsjö & Hjelm, 2012). I Kines tilfelle har hun utviklet diabetes etter påbegynt antipsykotika. I tillegg ser vi at hennes mentale tilstand svekker ivaretagelsen av egen helse. Her er det derfor mange faktorer som skal tas hensyn til. Schizofreni setter betingelser for sykepleien vi utøver, og schizofrenien preger Kine mer i dagliglivet enn diabetessykdommen. Vi skal derfor under denne delen av oppgaven drøfte hva som er god sykepleie til Kine opp mot Liv Strands (1992) prinsipper om egostyrkende sykepleie og etisk teori.

Kontinuitet og regelmessighet

Liv Strand (1992) legger vekt på egostyrkende sykepleie. Hun mener det er viktig å opprettholde kontinuitet og regelmessighet for å oppnå en relasjon. Det er vi som sykepleiere som må tilby kontakt regelmessig, og være tilgjengelig igjen og igjen. Det vil gi Kine en følelse av at vi er til å stole på, som igjen skaper tillit. Dette kan underbygges med forskningsartikkelen fra Hultsjö & Hjelm (2012). De forteller at sykepleieren har en viktig rolle for å skape kontinuitet og motivasjon. Vi skal gi oppfølging til pasienten for at hun skal kunne ha et sunt kosthold, være fysisk aktiv, endre røykevaner og forebygge senkomplikasjoner ved å holde et stabilt blodsukker. De mener at sykepleieren kan hjelpe Kine til å få et helhetlig syn på sin psykiske helse sammen med sin diabetes.

Siden Kine er schizofren, påvirker dette hennes evne til å ivareta egen helse. Kine trenger adekvat og god sykepleie for å ivareta sin diabetes, men også for å ivareta sin integritet og autonomi. Selv om schizofrenien påvirker hvordan Kine er som person, er det viktig at vi som sykepleiere ser hele mennesket, og ikke bare fokuserer på diagnosene hun har. For å kunne nå frem til Kine, må man oppnå kontakt og tillit. Derfor er kontaktarbeid sentralt i samhandlingen med Kine (Løkensgard, 1995). Uten en god relasjon mellom sykepleier og pasient, vil samarbeidet bli vanskelig. Dette er grunnleggende sykepleie til schizofrene. Kontakten må være hensiktsmessig og et reelt ærend (Løkensgard, 1995). For at Kine skal

oppleve kontinuitet og få gode relasjoner til personalet i psykiatritjenesten, bør Kine ha en primærkontakt (Hummelvoll, 2012). Denne har hovedansvaret rundt Kine, selv om hun må forholde seg til flere ansatte. Det er allikevel viktig at alle ansatte har felles mål og lik grensesetting, som igjen skaper trygghet og stabilitet (Stand, 1992). For å skape kontinuitet for Kine, er dokumentasjon en viktig sykepleieoppgave. Hennes humør, funksjoner, og andre observasjoner vi gjør oss når vi er inne hos henne, skal dokumenteres, slik at andre ansatte som ikke er der så ofte, kjapt kan oppdatere seg på hennes tilstand (Hummelvoll, 2012). Vi opplevde i praksis at det ble dokumentert lite rundt dette, noe som gjorde det vanskelig å sette seg inn i hvordan pasienten var og hadde det på kort tid.

Vi erfarte i praksis at trygghet og stabilitet gjør godt for Kine på grunn av det kaotiske tankemønsteret hun har, og at hun satte pris på regelmessighet. En primærkontakt vil sikre opplegget rundt Kine, og følge opp litt tettere. Kine og primærkontakten vil mest sannsynlig skape gode relasjoner og Kine vil føle seg mer knyttet til denne personen (Løkensgard, 1995). Vi opplevde også i praksis at det er store fordeler for denne pasientgruppen å ha primærkontakter. En primærkontakt bør inneha mye kunnskap om Kines diabetes i tillegg til hennes schizofreni, for å kunne påvirke henne til å ta de rette valgene, og rose henne da hun fortjener det. Hun vil også trenge tilrettelegging, veiledning og motivering fra sykepleierne. Det stiller krav til oss som sykepleiere å veilede en syk person. Vi må tilrettelegge og tilpasse informasjonen som blir gitt for at Kine skal dra nytte av informasjonen (Løkensgard, 1995).

Kari Martinsen mener den fundamentale verdien i omsorg er en grunnholdning, et ansvar for den svake, og en god tilnæringsmåte. Vi mener etter erfaringer fra praksis at for å oppnå en god tilnæringsmåte må man benytte seg av de ulike etiske prinsippene sammen med egostyrkende sykepleie, kunnskaper og ferdigheter sykepleieren innehar. En god tilnæringsmåte er avgjørende for hva slags relasjon vi kan skape til Kine. Er relasjonen også god, vil dette hjelpe Kine til å fremme helse ved hjelp av veiledning og oppfølging fra sykepleierne. Martinsen presenterer også det moralske begrepet innen omsorgsteorien, og ansvaret vi har for den svake. I vårt tilfelle er Kine den svake parten, og hun er avhengig av omsorg fordi det er det mest grunnleggende i et menneskes eksistens. Det er sykepleiers ansvar å vise omsorg for Kine. I relasjonen mellom sykepleier og Kine er det en ubalanse, for sykepleieren har en makt pasienten ikke har. Denne makten kan benyttes ved svak paternalisme, noe som er viktig i sykepleien til den svake. For eksempel; vi kan gå til Kine og minne på medisiner klokken 9 om morgenen. Dette er handling til pasientens beste, men

Kine motsetter seg dette fordi hun ønsker å vente med medisiner fordi hun vil sove lengre. Her kommer Kines autonomi inn. Vi plikter å respektere Kines valg, samt fysiske og mentale begrensninger. Selv om vi ut i fra kunnskaper vi sitter med ønsker at hun skal ta medisinene til klokkeslettene som er forordnet av legen, vil hennes autonomi begrense våre handlinger. Lukker hun døren, kan vi ikke gjøre noe mer der og da. Vi skal ikke gå derfra og la det være en uforrettet sak, men heller komme tilbake litt senere, for å forsøke igjen (Liv Strand, 1992). Så lenge vi sikrer oss at hun har forstått informasjonen hun trenger for å ta et valg, plikter vi å respektere Kines avgjørelse om å vente med medisinene (Brinchmann, 2012). Vi har erfart fra praksis at å lage avtaler om å komme tilbake senere med samme mål, ofte gir pasienten rom til å forberede seg på det som skal skje. Her bevarer man selvbestemmelsesretten og følelsen av å ha kontroll over eget liv, noe som gjør pasienten mer samarbeidsvillig.

Kari Martinsen legger i teorien om omsorg at man skal yte omsorg uten å forvente å få noe tilbake (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012). I praksis opplevde vi at Kine ville sette pris på hjelpen vi ga henne, ved å gi noe tilbake. Da oppsøkte hun oss, og ønsket å vanne blomster eller rydde inn og ut av oppvaskmaskinen. Hun uttrykte av dette ga henne noe positivt, og da er dette en noe balansert gjensidighet hvor begge parter gir noe (Kristoffersen, 2012). Allikevel er ikke dette noe vi forventer av Kine.

Nærhet og avstand

For å kunne motivere Kine til å ivareta sin egenomsorg, må vi inneha kvaliteter som empati, kunnskap, egenskaper og rådgivning. Vi må være nøyaktige og informere Kine slik at vi kan styrke hennes motivasjon for å ivareta egen helse i den grad hun klarer det (Ofstedal et al., 2010).

Siden Kine lider av paranoid schizofreni er hun lett irritabel om morgenen (Håkonsen, 2008), noe som gjør det vanskelig for sykepleier å samarbeide og motivere henne til gjøremål så tidlig på dagen. I disse, og mange andre situasjoner er nærhet og avstand viktig. Liv Strand (1992) hevder at man må tilpasse nærhet og avstand. For mye avstand kan få pasienten til å føle seg avvist og alene. Da må det veies opp med nærhet slik at det blir en balansegang mellom disse to. Dette gjelder sykepleiere også. Hvis vi kommer for nær vil dette gjøre oss handlingslammet, samtidig som vi er nødt for å kontakte pasientens følelser for å kunne vise empati (Strand, 1992).

Kari Martinsen legger vekt på nærhet, omsorg og den moralske siden. Man skal sette seg selv til side for å hjelpe pasienten, og handle godt og riktig for pasienten uansett utfordring (Kristoffersen, 2012). Nærhetsetikken legger vekt på å handle godt for andre, og man handler etter moral, følelser og forståelse. Vi har opplevd at som sykepleier står man i situasjoner hvor man gjerne skulle hatt mer tid til rådighet. Noen ganger kan man avse mer tid til pasienten enn planlagt, men andre ganger går dette utover andre arbeidsoppgaver og andre pasienter. Dette må sykepleier balansere etter hva som der og da har størst behov, samt sette grenser for både seg selv og andre (Brinchmann, 2012).

Fysisk omsorg

Kine har svikt i egenomsorgskapasiteten, og det er sykepleiers oppgave å styrke, lindre og stabilisere på de områdene hvor Kine er svak (Slettebø, 2012). Liv Strand (1992) legger også vekt på behovet for fysisk omsorg, siden schizofrene ofte setter til side sine fysiske behov. Vi opplevde også i praksis at Kine har mer innsikt i sin psykiske helse enn i sin fysiske helse. Sykepleier må derfor kompensere for den fysiske egenomsorgskapasiteten som mangler hos Kine (Strand, 1992).

Kine bor i kommunal leilighet. Der bor hun alene, men har tilgang på hjelp fra helsepersonell hele døgnet. De oppholder seg bare noen meter unna hennes leilighet. Forskning viser at personer med schizofreni som bor alene i selvstendig bolig føler mer selvstendighet i forhold til autonomi, privatliv, og de føler bedre innflytelse over eget liv (Hanson et al., 2002). Selv om Kine bor alene, trengs det daglig oppfølging. Siden hun lider av en somatisk og en psykisk lidelse, byr dette på utfordringer ved at den ene sykdommen svekker ivaretagelsen av den andre. Dorothea Orem mener at dersom det oppstår misforhold mellom pasientens egenomsorgskapasitet og kravene til egenomsorg, har pasienten behov for sykepleie (Kristoffersen, 2012). Kine har ikke innsikt i sin somatiske sykdom på grunn av hennes mentale tilstand, noe som svekker hennes egenomsorgskapasitet. Kari Martinsen mener at det er sykepleierens ansvar å ta seg av personer som er svake og avhengige av omsorg, og dette gjelder Kine grunnet hennes schizofreni (Kristoffersen, 2012). Selv om hun bor alene, er hun avhengig av omsorg, men også hjelp til egenomsorg. Ettersom Kine har mangler på å ivareta sin egenomsorg, trengs det sykepleie for å minne henne på å utføre aktive gjøremål. For eksempel er det slik for noen at kroppen og kroppslige behov er fremmede, og pasienten er opptatt i sin egen verden, og ekskluderer virkeligheten rundt seg. De mangler også elementære kunnskaper og ferdigheter rundt personlig hygiene, ernæring,

økonomi og husarbeid. Det er derfor viktig at sykepleieren tar ansvar rundt ivaretagelse av pasientens egenomsorg (Løkensgard, 1995). Vi opplevde i praksis at Kine ofte utsatte klesvask og bytte av klær til det ytterste. Det samme med hygiene og ernæring. Allikevel, må man ivareta Kines autonomi. Selv om hun ikke kan ta autonome beslutninger når det gjelder økonomi, kan hun for eksempel selv bestemme når hun skal legge seg om kvelden eller hva hun skal ha på seg, noe som igjen vil gi henne en følelse av selvbestemmelse og kontroll over eget liv. Allikevel mener Orem at ved mangler på egenomsorgskapasitet er det behov for sykepleie. Derfor må vi bistå henne med den hverdagslige funksjonen som å skifte til rene klær, vaske seg og spise mat (Kristoffersen, 2010). I praksis hjalp vi Kine med å motivere henne til dusj og klesskift, dette ønsket hun selv, og vi opplevde at hun satte pris på å få denne hjelpen.

Et dilemma blir et etisk dilemma når det har to eller flere moralske krav som står opp mot hverandre i samme situasjon (Brinchmann, 2012). For eksempel når vi som sykepleiere skal inn og motivere Kine til å spise frokost. Hun sier at hun vil vente, selv om hun har tatt diabetesmedikamenter den morgenen. Her har vi et etisk dilemma mellom sykepleier og pasient. Når det gjelder kostholdet hennes er dette noe variabelt, siden hun sjeldent spiser frokost sammen med medikamentene hun tar om morgenen. Hun står på Janumet som antidiabetikum og bør derfor innta noe mat i forbindelse med inntak av medisiner (Felleskatalogen, 2014). Hun bør også innta mat som er bra for henne, altså fiberrik mat med lite hvitt mel og lite sukker (Sortland, 2001). Dette kan sykepleier motivere til. Her må sykepleier observere dagsformen til Kine og bruke sine sanser bevisst for å konkret ivareta Kines behov (Brodtkorb, 2011), i dette tilfellet snakker vi om et sunt måltid. Det krever at sykepleieren har egenskaper og fagkunnskaper, samt involverer Kine til å velge mat hun kan spise. Dette gir ifølge forskning økt motivasjon for egenomsorg (Ofteidal et al., 2010). Allikevel har hun selvbestemmelsesrett, og vi kan ikke overkjøre hennes ønsker og meninger (Brinchmann, 2012).

Et mål med sykepleien til Kine er å veilede henne til å ivareta sin diabetes for å unngå senkomplikasjoner. Dette gjøres via å regulere blodsukkeret og holde dette stabilt (Ribu, 2008). Her kan man iverksette flere tiltak. Et tiltak vi vil foreslå er å kontrollere HbA1c hver 6. uke for å følge opp blodsukkeret hennes (Diabetesforbundet, 2013). Det er mer hensiktsmessig enn å måle blodglukosen en gang i uken med et blodsukkerapparat. For å kunne få en indikasjon på risikoen for senkomplikasjoner, vil dette være et bra tiltak for

Kine. Dette vil også være til god hjelp for sykepleierne, slik at man vet hvor mye man må følge opp kostholdet og aktiviteten hennes (Sortland, 2001).

Kines psykiske lidelse preger en viktig del av helsen hennes, nemlig blodsukkeret. Hun går stadig til kiosken på egenhånd for å kjøpe både røyk og søtsaker. Det er sunt for Kine å gå disse turene til kiosken, nettopp fordi hun går og at det i seg selv er blodsukkersenkende (Sortland, 2001), men siden hun kjøper usunne varer blir det kanskje ikke så stor helsegevinst allikevel. Vi observerer at Kine tar disse kioskturene. Vi kan snakke med henne for å forsøke å snu henne, men når vi ikke har tid til å følge henne dit, kan vi heller ikke følge opp rundt dette, og Kine bestemmer selv om hun skal ta kioskturen eller ei (Slettebø, 2012). Kine bør være fysisk aktiv med moderat intensitet en halvtime hver dag (Diabetesforbundet, 2011). Dette kan være en gåtur med personalet eller svømmetimer, det vil si at kioskturen har en helsegevinst, spesielt hvis Kine får med seg noen fra personalet. For å få Kine med på gåtur uten å gå innom kiosken, bør brukervedvirkning være sentralt (Tveiten, 2008). Her trengs motivering, oppfølging og veiledning for å nå målene. Med disse forutsetningene tror vi, etter å ha møtt Kine i praksis, at en halvtimes gåtur hver dag kan være realistisk for henne.

Grensesetting

Liv Strand (1992) presenterer grensesetting som en aktiv handling og en terapeutisk tilnærming. Man må kunne ta i bruk sin autoritet uten å krenke Kines autonomi. Personalet følger Kine til butikken to ganger i uka. Her har personalet muligheten til å følge opp hva Kine handler, og sette grenser ved behov. Eksempelvis ønsker Kine på denne butikkturen å kjøpe en sjokolade eller en brus. Kine har selvbestemmelsesrett (Brinchmann, 2012), og avgjør derfor selv om hun skal kjøpe søtsaker eller ikke. Vi kan veilede henne og påvirke henne til å kjøpe et sunnere alternativ, men vi må respektere hennes valg. Gjør vi ikke det, vil dette vil krenke hennes autonomi (Brinchmann, 2012). Hun er allikevel lett å rettlede enkelte dager, og ved rett veiledning i en butikksituasjon, vil dette gi henne en helsegevinst ved at hun kanskje ikke kjøper søtsaker, men for eksempel frukt og grønt i stedet. Det vil være sunnere for hennes diabetes. For å veilede Kine i denne situasjonen, kan vi benytte oss av etisk teori, nemlig konsekvensetikken og pliktetikken. Her forespeiler man konsekvensen av handlingen for pasienten, samt normer og fornuft. Hvis denne butikkturen er på en mandag, vil det være normalt etter våre normer og sunn fornuft å påvirke Kine til å ikke kjøpe søtsaker i dag, men heller vente til nærme helgen, hvor hun kan unne seg noe hun

liker. Den negative konsekvensen her er at hun ikke får søtsakene hun hadde lyst på akkurat der og da, men den positive konsekvensen av dette er at hun har noe å glede seg til. Samtidig vil hun føle mestring etter å ha gjort et valg hun vet er riktig. Her er det viktig å rose Kine. For å finne en god løsning, må pliktetikkk og konsekvensetikkk sees i sammenheng (Brinchmann, 2012). Kine har noe ambivalens rundt dette (Snoek & Engedal, 2006). Hun tenker ikke alltid konsekvenser av handlingene sine, og her bør sykepleieren utfylle egenomsorgskapasiteten og fortelle Kine om konsekvensen av valget (Kristoffersen, 2012). Sykepleieren har også etiske prinsipper å følge i dette tilfellet, nemlig velgjørenhet- og ikke skade-prinsippet. Sykepleieren plikter å handle til det beste for pasienten, og her kommer også nærhetsetikken inn. Man handler etter følelser og moral (Brinchmann, 2012). Hvis Kines dagsform er dårlig, vil dette påvirke valget om søtsaker eller ikke. I enkelte situasjoner vet helsepersonellet bedre enn pasienten, men vi må også kunne se litt «gjennom fingrene» på dette hvis Kine er i dårlig form og vanskelig å rettlede. Vil hun etter veiledningen fra oss fortsatt kjøpe søtsaker, må hun få lov til det. Det er derfor til syvende og sist Kine som tar valget, som igjen påvirker hennes helse. Tar hun valget om å vente med søtsaker til helgen, plikter vi å holde det vi lover, hvis ikke skapes mistillit. Dette gjelder også valg av usunne middager versus sunne middager. Denne butikksituasjonen, og andre lignende kan karakteriseres som et etisk dilemma (Brinchmann, 2012).

Selv om vi må sette grenser for Kine av og til, er det allikevel mye hun kan bestemme selv. For at en person skal kunne bestemme over seg selv, må visse forutsetninger være tilstede; å kommunisere, uttrykke et valg, samt få informasjon som er relevant for beslutninger om helsehjelp. Man må anerkjenne informasjonen angående egen situasjon i forhold til egen lidelse og følgende konsekvenser, samt resonere og avveie ut i fra relevant informasjon (Brinchmann, 2012). Kine har slik vi opplever henne forutsetningene for å kunne bestemme mye over seg selv. Allikevel er det enkelte valg hun trenger oppfølging og grensesetting rundt. Kines autonomi skal hele veien ivaretas. Menneskeverdet og integriteten er konstant, det vil si at selv om Kine ikke alltid mestrer å ta autonome valg, har hun krav på å få sine fysiske og mentale grenser respektert (Brinchmann, 2012). Dette er vår oppgave som sykepleiere å sørge for. Det står skrevet i yrkesetiske retningslinjer at helsepersonell kan ta autonome beslutninger for pasienten, som pasienten selv ønsker for å finne en balanse i enkelte situasjoner (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). For å inkludere Kine i de valgene som skal tas, har vi som sykepleiere indre plikter, men også ytre plikter som Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), samt

Helsepersonelloven (1999). En kombinasjon av disse og etisk teori (Nylenna, 2008), bør benyttes ved etiske dilemmaer (Brinchmann, 2012).

Praktiske gjøremål og samhandlinger

Aktivitet, kosthold og medisinerer er de viktigste hjørnesteinene i en diabetesbehandling (Ribu, 2008). Det er derfor viktig at det blir satt fokus på både kosthold og aktivitet som passer for Kine. Det må være tilpasset henne, med muligheten for endringer fra dag til dag. Dorothea Orem legger vekt på at det er nødvendig for et menneske å ta for seg allmennmenneskelige behov for å opprettholde en kroppslig funksjon (Kristoffersen, 2012). Vi har opplevd i praksis at denne pasienten har svømmetime på morgenen en gang i uka. Så lenge hun sover lenge om morgenen av diverse årsaker rundt hennes psykiske lidelse, mener vi at denne svømmetimen heller burde vært senere på dagen, ut ifra hva hun selv ønsker. Da hadde det vært lettere for henne å delta på disse timene, noe som hadde vært helsefremmende både fysisk og psykisk (Tveiten, 2008). For oss som helsepersonell er det viktig å se kritisk på gamle rutiner og være åpne for nye rutiner i samhandling med pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Praktiske gjøremål kan også være et hyggelig ærend, hvor det er noe Kine har mye glede av som for eksempel handle klær eller dra for å se på håndballkamp. Man kan da knytte dette til fysisk aktivitet, som å gå til håndballhallen eller shoppingsenteret. Da får hun denne anbefalte halvtimen med mosjon hver dag (Diabetesforbundet, 2011). Cullenberg (1994) sier at selv om man har schizofreni kan man allikevel fungere greit sosialt, noe Kine gjør. Vi mener at hun kan sosialiseres mer med hyggelige gjøremål som gir henne livsglede.

I praksis så vi at å sette små delmål lønner seg, og for å ha et system på dette bør sykepleieren lage en pleieplan som munner ut i en ukeplan Kine kan forholde seg til. Denne kan Kine være med og lage, slik at vi ivaretar hennes følelse av kontroll over hverdagen (Tveiten, 2008).

Pedagogisk tilnærming

Under pedagogisk tilnærming kommer også sykepleiers oppgave rundt planlegging og tilpasning, hvor pleieplan og klare mål er viktig for sykepleien til Kine. Pedagogisk tilnærming er altså viktig, sett i sammenheng med eksempelet overfor. For Kine vil det være gunstig å utføre dagligdagse gjøremål under veiledning av sykepleier, samtidig som vår jobb er å opprettholde en viss ADL-funksjon (Strand, 1992). Disse gjøremålene bør tilrettelegges

i forhold til dagsform, mestring og samhandling. De bør være avgrenset og konkrete. Disse dagligdagse gjøremålene kan være for eksempel å lage middag sammen med henne, som skaper en følelse av fellesskap eller som nevnt tidligere en tur til matbutikken eller shopping, noe som også sosialiserer Kine (Løkensgard, 1995). Her kan personalet følge Kine, men i stedet for å kjøre bil, kan de gå. Siden det er gangavstand fra Kine til sentrum, blir dette en tur som ikke er uoverkommelig for henne. Samtidig trengs det motivasjon og engasjement fra personalet. Denne aktiviteten bør være et reelt ærend, noe som gir en dobbel hensikt. Det vil også kunne gi en ekte kontaktfølelse og skape et fellesskap fordi man gjør noe sammen (Løkensgard, 1995). Samtidig vil gåturen til butikken være blodsukkersenkende, og gi en helt klar helsegevinst (Sortland, 2001).

8. Konklusjon

I dette litteraturstudiet har vi tatt for oss utfordringene man kan møte på i møtet med Kine og andre i hennes situasjon. For å besvare vår problemstilling har vi vært innom mange temaer innenfor sykepleiefaget. Vår problemstilling var: *«Hva er god sykepleie til schizofrene pasienter med diabetes type 2?»*

Etter å ha drøftet Kines diagnoser og behovene hun har opp mot egostyrkende sykepleie og etisk teori, ser vi at det hun trenger mest sykepleie til er å ivareta sin diabetes. Det er hennes psykiske tilstand som påvirker evnen til å ivareta fysiske behov, og hun evner derfor i liten grad å kontrollere blodsukkeret sitt på egenhånd. Hun trenger sykepleie for å ivareta egen helse. Men hva er god sykepleie for Kine?

Vi har gjennom denne oppgaven lært at god sykepleie for Kine er å hjelpe og motivere henne til å være fysisk aktiv, samt å velge sunne alternativer i kostholdet. Man skal allikevel ivareta hennes autonomi og integritet. Dette er sammen med antidiabetika nødvendig for å holde blodglukosen hennes stabil. Får å kontrollere blodglukosen bør vi iverksette tiltak, altså måle HbA1c hver 6.uke. Dette må følges med på for å unngå senkomplikasjoner. Hvis man ikke følger opp Kines diabetes, vil senkomplikasjonene komme, og de er alvorlige (NHI, 2012). Derfor er det veldig viktig å holde blodsukkeret stabilt.

Hadde ikke Kine hatt schizofreni, ville hun mest sannsynlig ikke hatt behov for sykepleie. Men for å erstatte mangelen i hennes egenomsorgskapasitet trenger hun sykepleie. Hun trenger også omsorg, trygghet og stabilitet for å ikke forverre sin psykiske lidelse. For å yte god sykepleie, krever dette konkret oppfølging. Her mener vi at en primærkontakt vil være et godt tiltak. Ved kontinuitet og regelmessighet oppnår vi en relasjon til Kine, noe som gjør det lettere å samarbeide mot en bedre helse. Vi som sykepleiere må følge yrkesetiske retningslinjer og lovverk, men samtidig ta hensyn i etiske dilemmaer og ta de rette valgene. Sentralt her står tilnæringsmåte og relasjonsbygging. Uten en god tilnæringsmåte og en god relasjon vil det være vanskelig å følge opp Kine slik vi ønsker i hverdagen. Grensesetting er nødvendig, men livskvalitet er også viktig i et helhetlig bilde. Man må være åpen for endringer i planene, og møte Kine med blanke ark fra dag til dag. Meninger og ønsker hun uttrykker, skal respekteres for å ivareta hennes autonomi. Vi kan veilede henne i valgene hun tar, hun skal ha informasjonen som trengs for å kunne beslutte, og være kompetent til å ta egne valg etter veiledning fra sykepleier. Å kunne ivareta disse pasientenes

integritet kan være en vanskelig utfordring sykepleieren står overfor. Tilstrekkelig med kunnskaper og sykepleieferdigheter vil gjøre utfordringen lettere for oss å takle. Å arbeide med denne oppgaven har derfor gjort oss som snart ferdig sykepleiere mer forberedt på møtet med denne pasientgruppen, tross lite erfaring. Etter dette studiet mangler vi tilstrekkelig med kunnskaper om medikamenter, møtet med pårørende, samt mer erfaring.

Litteraturliste

*Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (3.utg., s. 81-94). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg., s. 306-326). Oslo: Akribes.

Cullenberg, J. (1994). *Dynamisk psykiatri* (4.utg.). Otta: TANO A/S.

Antall sider: 120

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

Diabetesforbundet. (2011). *Type 2-diabetes og fysisk aktivitet*. Lokalisert 8.mai 2014 på <http://www.diabetes.no/Type+2-diabetes+og+fysisk+aktivitet.9UFRzQXz.ips>

Antall sider: 2

Diabetesforbundet. (2013). *HbA1c*. Lokalisert 5.mai 2014 på http://www.diabetes.no/HbA1c.b7C_wlbO1-.ips

Antall sider: 1

Folkehelseinstituttet. (2012). *Internasjonal forekomst av diabetes*. Lokalisert 7.mai 2014 på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,5865:1:0:0::0:0

Antall sider: 1

Folkehelseinstituttet. (2013). *Schizofreni*. Lokalisert 7.mai 2014 på <http://www.fhi.no/artikler/?id=61140>

Antall sider: 2

Hansson, L., Middelboe, T., Sørgaard, K. W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L., Nilsson, L., Sandlund, M., Korkeila, J. & Vinding, H. R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand*, (105), 343–350.
<http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02346.x>

Antall sider: 7

Helsedirektoratet. (2009). Diabetes forebygging, diagnostikk og behandling. (2009). Lokalisert 13.mai 2014 på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonalt-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>

Antall sider: 133

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Fysisk aktivitet og helse: Oppfølging av NOU 1999:13*. Lokalisert 13.mai 2014 på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-13/21/1.html?id=353249>

Antall sider: 2

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2013).

Hsu, J. H., Chien I, C., Lin, C. H., Chou, Y. J. & Chou, P. (2011). Incidence of Diabetes in Patients With Schizophrenia: A Population-based Study, 56(1), 19-26. Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a9e895be-fe8c-46e5-aaeb-5569f3c0dee8%40sessionmgr111&vid=11&hid=108>

Antall sider: 7

Hultsjö, S. H. & Hjelm, K. (2012). Organizing care for persons with psychotic disorders and risk of or existing diabetes mellitus type 2. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (19), 891–902. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01874.x>.

Antall sider: 11

*Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – Ikke stykkevis og delt* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (2012). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I J. K. Hummelvoll, *Helt - Ikke stykkevis og delt* (s. 83-109). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Håkonsen, K. M. (2008). *Innføring i psykologi* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 379-390). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kristoffersen J, N. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kristoffersen, J, N. & Nordtvedt, P. (2012). Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 83-127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kristoffersen, J. N. Nordtvedt, F. & Skaug, E. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapssenteret. (2008). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert 27.mars 2014 på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Legemiddelindustrien. (2014) *Felleskatalogen*.

Lokalisert 7.mai 2014 på <http://felleskatalogen.no/medisin/janumet-msd-560352>

Antall sider: 5

Løkensgard, I. (1995). *Psykiatrisk sykepleie*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Antall sider: 110

Norsk helseinformatikk. (2012). *Diabetes fotsår*. Lokalisert 16.mai 2014 på

<http://nhi.no/seminarer/type-2-diabetes/pasientinformasjoner/diabetisk-fotsar-14728.html>

*Nylenna, M. (2008). *Medisinsk Ordbok*. (6.utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.

Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*. 19 (17/18), 2548-2556. Lokalisert

på <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=444191d0-ee07-4750-845a-177d5712a79d%40sessionmgr114&vid=1&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010763473>

Antall sider: 10

Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of advanced Nursing*. 66 (7), 1500-1509.

Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=085433a4-0213-4d94-9f15-3aebcd332dcf%40sessionmgr111&vid=1&hid=120&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010682933>

Antall sider: 11

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2013).

*Ribbu, L. (2008). Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3. Klinisk sykepleie* (1.utg., s.471-515). Oslo: Akribe Forlag.

*Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2006). *Psykiatri*. (2.utg.). Oslo: Akribe Forlag.

Antall sider: 12

*Sortland, K. (2001). *Ernæring*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Lande, B. & Tonstad, S. (s.a.). Triglyserid. *Store norske leksikon*. Lokalisert 3. april 2014 på <http://sml.snl.no/triglyserid>

*Strand, L. (1992). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Antall sider: 18

*Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

*Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vaaler, S. (2004). Klassifikasjon av diabetes. I S. Vaaler (Red.), *Diabeteshåndboken* (s. 12-13). Oslo: Gyldendal bokforlag AS.

Antall sider: 2

Vedlegg 1

| Søkeord | Databaser | Begrensinger | Antall treff | Artikkel |
|---|--|--|--------------|---|
| Diabetes mellitus AND self regulation OR self care AND adults | CINAHL via EBSCOhost. | Full text. Årstall: 2000-2014. Abstract available. Language: English. | 1467 | Life values ad self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. |
| Diabetes AND health care AND adults | CINAHL via EBSCOhost. | Full text. Årstall: 2005-2014. Abstract available. Language: English. Sex: female Age groups: adults 19-44 years. Subject major heading: diabetes mellitus type 2. | 290 | Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. |
| Diabetes AND mental health OR mental disorders AND schizophrenia AND woman | CINAHL via EBSCOhost. | Full text. Årstall: 2005-2014. | 304 | Organizing care for persons with psychotic disorders and risk of or existing diabetes mellitus type 2. |
| Living situation AND quality OR life AND schizophrenia | Brukte PubMed via helsebiblioteket der vi videre fant den i full text via BIBSYS (CINAHL). | | 91 | Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community setting. |
| Schizophrenia AND diabetes | EBSCOhost via CINAHL. | Full text. Årstall: 2000-2014. | 96 | Incidence if Diabetes in Patients with schizophrenia: A population-based study. |