

# BACHELOROPPGÅVE

Den utforutsigbare fremtiden – Å leve med diabetes

av

Ida Aase Øvrebotten

Kandidatnr. 65

The unpredictable future – To live with diabetes

Emnekode og namn: SK152 Bacheloroppgave i sykepleie

---

Innleveringsdato: 19.04.2013

---

Tal ord: 6914

---

Rettleiar: Sissel Hjelle Øygard

---

## **Sammendrag**

**Tittel:** Den uforutsigbare fremtiden - Å leve med diabetes

**Bakgrunn:** Forskning viser at både helsevesenet og den enkelte pasient har mye å tjene på at pasienter med diabetes oppnår kontroll over sin sykdom i hverdagen, fordi det forebygger akutte komplikasjoner og seinkomplikasjoner. Derfor er det viktig at sykepleieren evner å tenke både kortsiktig og langsiktig ved sykepleie til disse pasientene.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren, gjennom undervisning og veiledning, hjelpe den unge pasienten til å få kontroll over sin nyoppdagede diabetes mellitus type1?

**Framgangsmåte:** Som metode er dette en litteraturstudie, og baseres både på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og to forskningsartikler. Forskningsartiklene består av to RCT-studier.

### **Oppsummering:**

Med denne oppgaven vil jeg prøve å svare på hvordan en sykepleier kan oppnå en god relasjon og et godt samarbeid med pasienten gjennom kommunikasjon. Og hvordan dette fellesskapet kan brukes som et verktøy til å oppnå målet med sykepleien. Målet med sykepleie for diabetikere er å gi pasienten kompetanse til å ta gode terapeutiske valg i hverdagen. Noe som igjen fører til forutsigbarhet, trygghet og kontroll, og i det lange løp forebygger komplikasjoner relatert til Diabetes Mellitus.

### **Summary**

**Title:** The unpredictable future - To live with diabetes.

### **Background:**

Studies shows that is highly valued that patients with diabetes gain control over their disease on a day-to-day basis thus prevent acute complications and severe late complications. Therefore it is important that health-personnel are able to offer both short-term and long-term health care plans to their patients.

**Problem:** How can nurses, through education and guiding, help the young patients gain control over their newly-discovered disease, diabetes mellitus type 1?

**Method:** This thesis is a literature-review study, and is based on both curriculum-material, and two scientific articles. The two scientific articles are composed RCT-studies..

**Summary:** With this thesis I will attempt to answer how nurses can achieve good relations to their patients and use this to better co-operate with them through communication. And how relations can be used as a tool to reach the aim for the health care. The aim is to give the patients the understanding and knowledge needed to make well-educated therapeutic choices on a day-to-day basis, which will initiate predictable situations, give the patients a feeling of safety and control, and be a long-term solution for late complications related to Diabetes Mellitus.

## **Innhold**

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling .....	1
1.3	Begrensing av problemstilling .....	1
1.4	Oppgavens oppbygning .....	2
2	Metode .....	3
2.1	Litteraturstudie som metode .....	3
2.2	Søkehistorikk .....	3
2.3	Faglitteratur.....	4
2.4	Kildekritikk .....	4
3	Teori.....	5
3.1	Sykdomsmekanisme .....	5
3.2	Helse og Helsefremmende arbeid .....	5
3.2.1	Empowerment .....	6
3.3	Sykepleie-pasient-fellesskapet .....	7
3.3.1	Helhetlig sykepleie .....	7
3.3.2	Relasjonen.....	8
3.4	Undervisning og sykepleie.....	9
3.5	Tilrettelegging for læring og veiledning.....	10
3.6	Kommunikasjon .....	10
3.7	Nasjonale kliniske retningslinjer - Diabetes - Forebygging, diagnostikk og behandling .....	11
3.8	Forskingsartikler .....	12
4	Område for diskusjon.....	14
4.1	Case .....	14
4.2	Se meg, møt meg – Tillit, relasjon og kommunikasjon.....	14

4.3	Vi kan være modige sammen – Helhetlig sykepleie, anerkjenne og utfordre .....	16
4.4	Hva drømmer du om? – Selvstendighet og empowerment.....	19
5	Styrke og svakheter.....	22
6	Konklusjon .....	22
	Litteraturliste.....	24

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes er en sykdom hvor forekomsten er økende i hele verden (Helsedirektoratet, 2009). I Norge er det 25 000 mennesker med diabetes mellitus type 1. Dette er en pasientgruppe som krever omfattende behandling på flere behandlingsnivå i helsevesenet. Det er også en stor utgiftspost, hvor de største kostnadene er knyttet til behandling av komplikasjoner relatert til diabetes mellitus (Helsedirektoratet, 2009). Det er av den grunn viktig å drive forebyggende arbeid både for å hindre diabetes, men også for å hindre senkomplikasjoner (Menzin et al., 2010).

Temaet jeg ønsker å belyse synes jeg er spennende og interessant. Det viser hvor omfattende arbeid en sykepleier, sammen med andre faggrupper, må legge ned rundt denne pasientgruppen. Det viser også at sykepleieren må tenke langsiktig og forebyggende. Dersom pasienten forstår viktigheten av at han oppnår kontroll over sitt blodsukkernivå i *dag*, forebygger dette alvorlige seinkomplikasjoner i morgen.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren, gjennom undervisning og veiledning, hjelpe den unge pasienten til å få kontroll over sin nyoppdagede diabetes mellitus type 1?

## 1.3 Begrensing av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen til å gjelde tenåringer i aldersgruppen 16-19 år. Dette er fordi denne gruppen er i en livssituasjon som gjør det ekstra krevende å lære seg og leve med sin diabetes. Blant annet på grunn av kroppslige endringer, og fordi ungdom i disse årene i større grad begynner å ta ansvar for eget liv og helse. Videre velger jeg å konsentrere meg om pasienter innlagt ved en medisinsk sengepost på sykehus, i fasen hvor diagnosen er stilt og

behandlingen startes.

Undervisningsbegrepet er et omfattende begrep. Her vil jeg vektlegge fellesskapet mellom sykepleier og pasient, og hvilke faktorer som må ligge til grunn for å påvirke pasienten til selv å ta ansvar for sin diabetes. Dette er målet med sykepleien. Pasienten skal lære å leve med sykdommen. Altså kommer jeg ikke til å vektlegge innholdet i undervisningen.

#### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Som du alt har sett, begynner jeg med å presentere min problemstilling, og setter rammene for resten av oppgaven ved å avgrense problemstillingen. I neste kapittel vil jeg nå begynne med å legge frem hvilke faglitteratur og fagartikler jeg bygger oppgaven på. Her sier jeg kort hvordan jeg har funnet frem til disse, og hvorfor jeg har valgt å basere mitt arbeid på denne litteraturen. Videre kommer jeg til å presentere teorien jeg har plukket ut, som jeg mener er relevant for å belyse, drøfte og svare på problemstillingen. Når jeg deretter begynner å drøfte, gjør jeg dette ved hjelp av et case. Jeg ser på styrke og svakheter ved oppgaven min i kapittel 5, før jeg avslutter med en konklusjon, et svar på min problemstilling.

## 2 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Jeg benytter systematisk litteraturstudie som metode når jeg ønsker å svare på problemstillingen jeg har valgt. Det vil si at jeg har anskaffet meg kunnskap for å belyse mitt tema, gjennom litteratur som allerede finnes. Når man bruker denne metoden tolker man den allerede eksisterende litteraturen, og med grunnlag i disse kildene trekker egne konklusjoner (Dalland, 2012, s. 79).

### 2.2 Søkehistorikk

For å finne frem til de to artiklene jeg har valgt å ta med brukte jeg først og fremst databasen PubMed. Jeg søkte i PubMed med søkeordene: ”Adolescents, type 1 diabetes, preventing complications”. Dette gav 45 treff, hvor ingen av artiklene var av interesse, da de fokuserte på andre utfordringer ved diabetes enn hva som er relevant for min oppgave. Deretter brukte jeg søkeordene “Adolescents, Type 1 diabetes, preventing complications, education”, som ga 5 treff. Én var av interesse. Ved siden av oppsummeringen av artikkelen, står det en kolonne med artikler som kan knyttes opp til den jeg allerede hadde funnet frem til. En av disse belyste viktigheten av opplæring av pasienter.

Jeg gjorde enda et søk, med søkeordene: ”Type 1 diabetes, preventing complications”. Her fikk jeg 235 treff. Jeg avgrenset søket til å omfatte RCT-studier, randomiserte kontrollerte studier. Dette ga 8 treff, og 1 av disse valgte jeg ut som relevant.

RCT-studier brukes for å undersøke effekten av en behandlingsmetode. Deltakerne i studiet blir fordelt i grupper hvor en av gruppene vanligvis mottar tradisjonell behandling, og den andre gruppen mottar behandlingen som skal testes. Effekten på de forskjellige gruppene blir sammenlignet mot slutten av studiet (Dalland, 2012, s. 140).

Jeg benytter meg også av hvilke føringer og rammer Helsedirektoratet har satt ved behandling av diabetespasienter. For å finne disse søkte jeg i Helsebiblioteket.no og fulgte linken *retningslinjer*, og deretter lastet ned de nasjonale kliniske retningslinjene i PDF-format.



## 2.3 Faglitteratur

Jeg har valgt å bruke pensumlitteratur fra Bachelor i sykepleie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane når jeg skal definere og forklare nødvendig teori knyttet til min problemstilling. Bøkene jeg har valgt fra pensumlitteraturen er *Klinisk Sykepleie 1* redigert av Almås et. al., *Helt – ikke stykkevis og delt* av Hummelvoll, *Pedagogikk i sykepleiepraksis* av Tveiten og *Etikk i sykepleien* av Brinchmann.

Jeg har også søkt i Bibsys etter relevant faglitteratur. Og funnet frem til ulike bøker som omhandler Diabetes, pedagogikk og helhetlig sykepleie. Jeg har blant annet brukt bøkene *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*, redigert av Anita Skafjeld og Marit Graue, *Utviklingspsykologi* av Stephen von Tetzchner, og Joyce Travelbees bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.

## 2.4 Kildekritikk

Styrken ved å anvende pensumlitteratur er fordi den er grundig gjennomgått og plukket ut som relevant litteratur for sykepleiestudiet ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Jeg fant også selv frem til annen litteratur, gjennom Bibsys. Boken av Tetzchner er forholdsvis ny, i tillegg til at den sammenligner de forskjellige teoretikerne. Joice Travelbees teori har hatt stor innflytelse på den norske sykepleieutdannelsen. Den belyser også hvordan sykepleieren bruker kommunikasjon for å nå frem med sin sykepleie. Videre er de nasjonale kliniske retningslinjer kritisk vurdert ut ifra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens «Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje» (Kunnskapssenteret, 2008). RTC-studiene er på samme måte vurdert ut fra «Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RTC)» (Kunnskapssenteret, 2008).

## **3 Teori**

### **3.1 Sykdomsmekanisme**

Diabetes Mellitus er en kronisk sykdom som går ut over metabolismen i kroppen. Ved Diabetes Mellitus vil insulinproduksjonen i pankreas opphøre eller reduseres betydelig. Insulinen kan også få nedsatt virkning, avhengig av hvilke type diabetes man har. Diabetes deles inn i diabetes mellitus type 1 og type 2, spesielle diabetestyper og svangerskapsdiabetes (Mosand & Stubberud, 2010).

Insulin er et hormon som skilles ut fra pankreas til blodet, hovedsakelig ved matinntak, og spiller en sentral rolle når glukose tas opp i cellene for nedbryting. Ved diabetes type 1 opphører insulinproduksjonen, og kroppen er derfor avhengig av å få tilført insulin (Mosand & Stubberud, 2010).

Uten insulin er det umulig for kroppen selv å regulere blodets glukosenivå, også kalt blodsukker. Ved for høyt blodsukker, hyperglykemi, er blodsukkeret over 10-15 mmol/l (som er behandlingsmålet ved hyperglykemi). For lavt blodsukker, hypoglykemi, er blodsukker under 3,3-2,5 mmol/l. Begge tilstandene er alvorlig tilstander (Mosand & Stubberud, 2010). Hyperglykemi kan ofte gi ketoacidose. Kort sagt vil det si en surgjøring av organismen, som i verste fall fører til koma (Mosand & Stubberud, 2010).

Ukontrollert diabetes risikerer senkomplikasjoner som retinopati, nefropati, nevropati, aterosklerose og hjerte og karsykdommer (Mosand & Stubberud, 2010). Ved opprettholding av et blodglukosenivå på 7,5 eller lavere, har pasienten liten risiko for å få senkomplikasjoner (Dahl-Jørgensen 1987, DCCT 1993 i Mosand & Stubberud, 2010). Altså må dette blodglukosenivået være et mål i den daglige behandlingen.

### **3.2 Helse og Helsefremmende arbeid**

En sykepleier skal drive et helsefremmende arbeid. Sykepleieren skal jobbe for at pasienten skal oppleve livet som meningsfylt. Alt arbeid som oppfattes å ha positiv innvirkning på

pasientens identitet, livsvilje, kontroll og motstandsdyktighet er helsefremmende arbeid (Hummelvoll, 2012). I helsefremmende arbeid ligger helsearbeiders fokus hos personen, og dens egenskaper, ikke i sykdommen eller problemet. Hvilke ressurser har pasienten? Det er viktig å utnytte de positive sidene ved en person, fremme disse, og videre ha et helhetlig perspektiv på pasientens livssituasjon. Det vil si, kartlegge hvordan pasienten forstår sin situasjon, og pasientens evne til å få kontroll over sin situasjon og dermed også evne å leve med sin kroniske sykdom. Pasienten deltar aktivt i det helsefremmende arbeidet, og sammen med sykepleier skal pasientens forståelse av helse og velvære defineres. Hva opplever pasienten som kjennetegn på god helse? (Hummelvoll, 2012). Helse defineres av WHO (1948) i Hummelvoll (2012) som ”en tilstand av fullstendig fysisk og psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svaklighet” (Hummelvoll, 2012, s. 34).

### **3.2.1 Empowerment**

Empowerment er et sentralt begrep i helsefremmende arbeid. Empowerment beskrives bl.a. som en prosess der man veileder og hjelper pasienten til å oppdage og fremme egne evner, og dermed også pasientens selvstendighet (Mosand og Stubberud, 2010, s. 508). Empowerment kan også beskrives som en tilstand pasienten oppnår gjennom det helsefremmende arbeidet. Her vil empowerment være et kjennetegn for helse (Hummelvoll, 2012). Vi kan oversette empowerment til ”helseatferd”. Med dette menes at personen har den kunnskapen som trengs for å ta avgjørelser og valg som har positiv innvirkning på han eller hennes liv og helse. I tillegg må personen ha tro og tillit til egne muligheter og ressurser, et ønske om å endre atferd og oppnå en bedre helse (Tveiten, 2008). Hummelvoll (2012, s.569) skriver at man ”ved å stimulere individers selvaktelse, myndighet, autonomi og sosiale ferdigheter vil man støtte opp om deres avgjørelser og valg av helseadferd”. Hummelvoll (2012) skriver også at man som helsearbeider ”legger vekten på å informere og formidle kunnskap om helsespørsmål slik at folk kan fatte beslutning om helseatferd på informert, frivillig grunnlag.” (Hummelvoll, 2012, s. 596)

### 3.3 Sykepleie-pasient-fellesskapet

Sykepleier-pasient-fellesskap er et uttrykk Hummelvoll (2012) bruker i boken *Helt- ikke stykkevis og delt*. Sykepleier-pasient-fellesskapet kan beskrives som:

Det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne alliansen preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten økt selvinnsikt og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem (eventuelt å leve med det). For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring. (Hummelvol, 2012, s.38)

Dette er en prosess pasient og sykepleier *sammen* gjennomgår for å kartlegge hva som er de aktuelle problemene. De blir i fellesskap enige om tiltak for å løse problemene og et felles mål. Sykepleiertiltakene revurderes og endres underveis gjennom hele behandlingsprosessen. På denne måten er pasienten aktiv deltakende, og kan lettere motiveres til å ta ansvar for egen helse (Hummelvoll, 2010).

Sykepleie-pasient-fellesskapet skal ta utgangspunkt i pasientens perspektiv og ønsker. Han skal selv ta de valg og avgjørelser som er nødvendige, men sykepleieren skal gi han den kunnskap og forståelse som gir han forutsetning til å ta disse (Helsedirektoratet, 2009).

#### 3.3.1 Helhetlig sykepleie

Vi kan trekke paralleller til nærhetsetikken, som også legger vekt på de mellommenneskelige relasjoner. Den tar avstand fra å behandle bare sykdommen, eller sykepleieproblemet, men behandle pasienten som et helt og likestilt menneske. Man skal unngå et jeg-det-forhold, og strebe etter et jeg-du-forhold til pasienten (Brinchmann, 2009).

Pasienten er alvorlig syk, og han er den som må gjennomgå hva sykdommen gjør med kroppen. Ubefag som følger av for eksempel ketoacidose, utsetter pasienten for stress og redsel (Mosand og Stubberud, 2010). I begynnelsen vil pasientens situasjon, mer enn noen annens, være preget av kaos og vansker med å tenke fremover. Som regel mangler pasienten forutsetning til å forstå sin egen situasjon, noe som vil forsterke den uoversiktlige tilstanden. Hverdagen vil være preget av at man flere ganger dagelig må ta hensyn og behandlingmessige valg i forhold til sin diabetes. For mange tar det tid å akseptere at man har en kronisk sykdom, og at den er og vil alltid være en del av livet (Mosand & Stubberud, 2010).

### **3.3.2 Relasjonen**

Relasjoner bygges først og fremst gjennom gjensidig tillit og respekt. Og for å oppnå dette er det nødvendig med et ønske om å forstå hverandres virkelighetsoppfatning (Røkesnes & Hanssen, 2006, s. 190). Knut Ejler Løgstrup (1905-1981) er en sentral tenker innenfor nærhetsetikken. Løgstrup mente at menneskene i møte med andre mennesker i utgangspunktet har tillit. Vi utleverer oss selv til våre medmennesker, og det oppstår en forventning av å bli sett, møtt og ivaretatt. Han mente også at de mellommenneskelige relasjoner er utgangspunkt for etikk (Brinchmann, 2009).

Mange har ofte negative opplevelser med å utlevere seg, fordi de har blitt møtt med mangel på toleranse og aksept for deres selvoppfatning og selvfølelse. Vi gjør oss selv sårbare. Derfor er blant annet trygghet i relasjonen viktig for at den andre part skal tørre å stole på og utlevere seg. Den profesjonelle hjelperen må ta seg tid og ha rom for pasienten. Pasienten må stole på at pleieren er der for å hjelpe, ikke kritisere og rakke ned på pasienten (Røkesnes & Hanssen, 2006, 178-179).

Pleierens væremåte vil være avgjørende fra første stund i møte med pasienten. Avgjørende med tanke på om pasienten føler dette er en person som kan ha positiv innvirkning på hans tilværelse, som et positivt alternativ til hva pasienten opplever. Pasienten vil naturligvis ønske at møte med pleieren skal være en god opplevelse. Samtidig er pasienten avhengig av

pleierens hjelp, og ønske om en god relasjon kan overskygges av redselen for en negativ opplevelse (Røkesnes & Hanssen, 2006, s. 180).

### 3.4 Undervisning og sykepleie

Sykepleier og filosof Joyce Travelbee (2001) skriver om sykepleie at ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie- praktikerer hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene”. (s. 29)

Som vi har sett, omhandler helsefremmende arbeid og empowerment individets evne til å styrke egne ressurser, for så å utnytte disse. Antonovskys *salatugonesemodell* er en sentral i teori om helsefremmende arbeid, og vektlegger personers ressurser fremfor problemer. Den forklarer hvordan man kan oppnå og utvikle helse ved å øke vår evne til å motstå stress. For å klare dette må vi, gjennom læring, styrke våre generelle motstandsressurser (Tveiten, 2008). Disse mener Antonovsky er materielle ressurser, kunnskap, selvbilde, fleksibilitet, rasjonalitet, sosialt nettverk, kulturell stabilitet, bevisst livssyn og tro, helseatferd og genetisk og konstitusjonell styrke (Tveiten, 2008, s. 35). For å lære å styrke disse motstandsressursene er det en forutsetning at pasienten blir bevisst. Ved bevisstgjørelse av sin egen situasjon kan pasienten endre atferd og endring i livssituasjon (Tveiten, 2008).

En sykepleiers oppgave vil være å medvirke til denne prosessen gjennom å bruke sin kompetanse, og tilegne pasienten denne kunnskapen, *undervise*, for så å bidra til utvikling av pasientens egenkompetanse som vil gi kontroll og forutsigbarhet (Tveiten, 2008). Tveiten viser til sitat frå Bø og Helle (2005) når hun definerer undervisning i boka *Pedagogikk og sykepleiepraksis*, som «formidling av kunnskap, eller som målrettet, systematisk og planlagt ledelse av læringsprosesser». (Bø og Helle, 2005, gjengitt i Tveiten, 2008, s. 70)

### 3.5 Tilrettelegging for læring og veiledning

Å veilede innebærer at sykepleieren gjennom informasjon, undervisning, instruksjoner og råd, ved hjelp av dialog med pasienten, bevisstgjør pasienten på egen situasjon, og øker pasientens selvinnstikk. For å gjøre dette må hun møte pasienten der han er. Hun må ta utgangspunkt i hans opplevelse av situasjonen, og hans forutsetning til å forstå (Tveiten, 2008).

Det er flere faktorer som er avgjørende, og som skal tas hensyn til for at pasientens skal kunne få best mulig utbytte av den undervisning og veiledning sykepleieren gjennomfører. Både Tid, sted, opplevelse av hva som er meningsfylt, undervisningens innhold, sykepleier evne til å formidle, sykepleierens og pasientens samarbeid og ikke minst pasientens utgangspunkt til å forstå og evne til å tilegne seg informasjon er avgjørende faktorer (Tveiten, 2008).

### 3.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer av ordet *communis* i latin, og betyr ”å ha felles” (Hummelvoll, 2012, s. 420). Sykepleier og pasient kommuniserer på et eller annet nivå uavhengig av hva som blir gjort og sagt (Travelbee, 2001). Det er viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan hun opptrer og hva hun sier i samhandling med pasienten.

Joyce Travelbee mener kommunikasjon er en prosess og en forutsetning for at sykepleieren skal kunne utføre arbeidet sitt. Den er altså ikke et mål i seg selv, men sammen med sykepleierens person, et terapeutisk verktøy for og nå frem med sykepleien (Travelbee, 2001). I tillegg skriver hun at sykepleieren gjennom kommunikasjon blir kjent med pasienten, og kan tilrettelegge sykepleien på en slik måte at den best ivaretar den individuelle pasientens behov og ønsker. Da oppnår hun et *menneske-til-menneske-forhold*, en relasjon (Travelbee, 2001). Travelbee skriver at «den profesjonelle sykepleiers oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med den syke på en måte som tjener sykepleierens mål og hensikt.» (Travelbee, 2001, s. 135) Videre skriver Travelbee at «det er gjennom, persepsjon og kommunikasjon at den andres verdi som unikt menneskelig individ kan komme til uttrykk eller tilsløres.» (2001, s. 137) Sykepleierens væremåte og handlinger, den non-verbale kommunikasjonen, sier altså like mye om hva hun faktisk mener og tror enn hva hun sier med ord. Men kommunikasjon er en tosidig, gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient, hvor

meninger, tanker og følelser utveksles. De bekrefter hverandres kommunikasjon ved å handle etter hva den andre sier og gjør (Travelbee, 2001).

En god samtale mellom pasient og sykepleie forutsetter flere faktorer (Jensen, 2009). Det er viktig at man sammen bestemmer seg for tid, sted og samtalens innhold og fokus. Like viktig er det å avklare hvem som skal delta og lengden på samtalen. Selvsagt vil utviklingen av samtalen være med på å bestemme innhold og tidsrom underveis, men ved å definere og avgrense på forhånd vil det være lettere for deltakerne å forholde seg og forberede seg til den. Videre skal pasienten ha en mulighet for å trekke seg tilbake og avslutte samtalen når han selv måtte ønske. Sykepleieren må også være i stand til å lytte til pasient og pårørende. På denne måten viser sykepleier, men også de andre deltakerne, at man er nysgjerrig, anerkjenner det motparten forsøker å dele med resten av gruppen, eller samtalepartner (Jensen, 2009).

### **3.7 Nasjonale kliniske retningslinjer - Diabetes - Forebygging, diagnostikk og behandling.**

De nasjonale kliniske retningslinjene vektlegger viktigheten av hvilke behandling og oppfølging pasienten får i startfasen av sin diabetes. Dette er avgjørende for diabetikerens forutsetning til å håndtere sin kroniske sykdom i hverdagen, og dermed også forebygge senkomplikasjoner (Helsedirektoratet, 2009).

Helsedirektoratet skriver at opplæring av pasient og familie skal være både teoretisk og praktisk. Den skal omhandle hva diabetes er og hvordan den virker inn på kroppen. I tillegg til å forklare insulinets funksjon i kroppen og sammen med kosthold og rutiner i forhold til måltid. Pasienten skal lære seg insulinbehandling og egenmåling av blodsukkerkontroll, og vite hvordan man skal takle symptomer og akutte komplikasjoner. Målet er å forebygge akutte komplikasjoner, men også senkomplikasjoner (Helsedirektoratet, 2009).

Det viser seg at flere diabetikere sliter med sin psykiske helse. Mye på grunn av angst knyttet til føling og ubehag, men også i forhold til begrensninger av livsutfoldelse den kroniske sykdommen kan føre til dersom man ikke har kompetanse til å selv håndtere de utfordringer



den byr på. I tillegg vil en psykisk lidelse i seg selv by på ekstra store utfordringer for håndteringen av sin diabetes i hverdagen (Helsedirektoratet, 2009).

### 3.8 Forskingsartikler

Det er flere faktorer som spiller inn ved valg av artikler. Blant annet hvor relevant data er for problemstillingen og hvor pålitelig er måten data er samlet inn på (Dalland, 2012, s. 120). I tillegg har jeg vektlagt hvilket år den ble publisert, i hvilket land og hvor mange deltakere som deltok i studiet (Dalland, 2012).

Jeg har funnet frem til to artikler jeg ønsker å ta med. Begge stiller spørsmål ved om undervisning og kompetanse hos pasientgruppen har positiv innflytelse når gjelder å håndtere sin diabetes. De er relevante når jeg vil svare på problemstillingen min. I tillegg fokuserer artiklene på behandlinger som sykepleieren tar del i og. Selv om artiklene er fra 2002 og 1999, mener jeg de belyser behandling som fremdeles er like aktuell i dagens behandling av diabetespasienter.

Den første artikkelen jeg har valgt er av S. Nordfeldt, C. Johannson, E. Carlsson og J-Å Hammersjö (2002), og heter *Preventing of severe hypoglycaemia in type 1 diabetes: a randomised controlled population study*.

Denne artikkelen omhandler en svensk RTC studie. Den har som målsetning å undersøke om pasienter som blir utstyrt med selvstudiemateriale har et bedre utgangspunkt for mestring av sin diabetes og forebygging av senkomplikasjoner. Den baseres på 332 Type 1 diabetikere i alderen 19 år og yngre. Disse ble delt i tre grupper. Intervensjonsgruppen fikk spesifikk diabetesundervisning i tillegg til en brosjyre og video. Kontrollgruppen fikk generell informasjon om diabetes, som video og brosjyre. Og den tradisjonelle gruppen fikk kun tradisjonell behandling.

Den andre artikkelen, *Empowering diabetes out-patients with structured education: Short-term and long-term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes*

(Kinga Howorka, Pumprla, Jiri, Wagner-Nosiska, Dorothea, Grillmayr, Helga, Schlusche, Christoph and Schabmann, Alfred., 1999).

Denne artikkelen presenterer en RTC-studie over kortsiktige og langsiktige effektene av å gi pasienter kompetanse i å administrere riktig insulindose og teknikk, og dermed kontrollere sitt blodsukker i hverdagen. Studien konsentrerer seg om pasienter med diabetes type 1, som er utskrevet fra sykehus, og på egenhånd skal håndtere sine symptomer og komplikasjoner knyttet til sin sykdom.

Studiet undersøker behandlingseffekter over lang og kort tid. Kontrollgruppen mottok generell diabetesundervisning. Intervensjonsgruppen fikk både generell undervisning og opplæring i selektiv insulindosering knyttet til måltid, faste eller korrigerende av hyperglykemi. Den kortsiktige delen av studiet gikk over 4 uker og inkluderte 32 pasienter, mens den langsiktige delen av studiet var over 3 år, og inkluderte 68 pasienter.

## 4 Område for diskusjon

### 4.1 Case

Pasienten og pasientsituasjonen er oppdiktet «Jonas» er et fiktivt navn.

Jonas er 18 år og innlagt ved Medisinsk sengepost for Nyre og Diabetes. Han kom inn med hyperventilering, kvalme, tørste, ketoacidose og hyperglykemi. Han har fått påvist diabetes mellitus type 1 (Mosand & Stubberud, 2010). Han er nå tilkoblet glucose-insulin-infusjonspumpe som skal gå kontinuerlig, i tillegg til at det gjennomføres blodsuktermålinger hver 4.time. Jonas har vært innlagt i et døgn, og hittil er det sykepleierne som har utført alle målingene. Han er informert om at han etter hvert skal forsøke å stikke seg selv under veiledning fra sykepleier. Videre skal også dryppet seponeres og Jonas må over på insulin som skal injiseres subkuntant, dvs. i underhuds fett. I tillegg skal han gjennom en fremprovosert «føling» i avdelingen, dersom han ikke opplever dette innen de neste 2 dagene.

### 4.2 Se meg, møt meg – Tillit, relasjon og kommunikasjon

Et hvilket som helst møte mellom mennesker vil alltid bli stående som noe helt spesielt, noe som har sin egen karakter, sitt eget innhold. Denne enestående hendelsen og opplevelsen må tas imot og tas vare på som det enestående den er. (Størksen, 1980, s.18, gjengitt i Hummelvoll, 2010, s. 422)

Etter å ha sitert Størksen (1980), stiller Hummelvoll (2010) spørsmål ved sykepleierens evne til å være åpen for å *få*, i møte med pasienten. Videre undres han over om sykepleierne gjennom sitt arbeid blir ufølsomme for møte med andre mennesker, og trette av å hele tiden gi av seg selv, nettopp fordi man ikke er åpen for hva man kan få. «Alle våre summariske møter med pasienter hindrer oss i å oppleve at det i ethvert møte – i ethvert forhold- er noe å gi og noe å få». (Hummelvoll, 2010, s. 422)

Når sykepleieren kommer inn til Jonas møter hun en gutt, men også en ung mann, som forsøker å leve opp til rollen som voksen. En rolle han er på vei inn i, men enda ikke står i. En ung mann som nå, etter å ha blitt myndig, det er forventet skal ta ansvar for seg selv

(Haugstvedt, 2011). Men disse forventningene står kanskje aller høyest hos han selv. Samtidig oppfatter sykepleieren en gutt som trenger å bli sett, møtt og forstått i den utrygge, kaotiske og totalt uvante situasjonen han nå plutselig befinner seg i.

Som nevnt tidligere, må en sykepleier være bevist på sin væremåte i møte med pasienten (Travelbee, 2001). Jonas skal være klar over at pleier ikke dømmer og kritiserer han for å ha havnet i den situasjonen pasienten måtte være i (Røkesnes & Hanssen, 2006). Det er ikke sykepleiers jobb å være moraliserende. I tillegg er det en fordel for sykepleieren å bli oppfattet som en person pasienten ønsker å ta imot hjelp fra (Travelbee, 2001). For å komme hit, kreves tålmodighet, tid, ønske om å lykkes og interesse for pasienten (Røkesnes og Hanssen).

Den norske filosofen og sykepleieren Kari Martinsen er sitert i Brinchmann (2008): ”Den andres ansikt gjør meg ansvarlig...Tilliten ligger allerede i den andres ansikt, appellen lyser ut av ansiktet og kaller barmhjertighet. I ansiktet, i synet er det en utleverthet, og i denne utlevertheten ligger etikken”. (Martinsen 1995, upublisert, i Brinchmann, 2008, s. 117)

Sykepleieren som kommer inn til Jonas har hilst på Jonas før, den dagen han ble innlagt. Den dagen var det mye som skulle skje, da det var viktig å komme fort i gang med behandlingen. Jonas var også dårlig og hadde nok med opplevelsen og ubehaget som følger av hyperglykemi (Mosand & Stubberud, 2010). Når hun nå håndhilser holder hun trykket litt lenger enn hun vanligvis gjør. Dette med vilje for å se om hun kan registrere enten avvisning eller aksept fra Jonas. Sykepleieren opplever at Jonas klemmer hånden hennes tilbake, og møter blikket hennes. Hun føler seg trygg på at han aksepterer hennes nærvær, og setter seg ned på sengekanten (Travelbee, 2001). Hun håper Jonas er klar for å dele sin opplevelse av alt som har skjedd. Kanskje han vil være med på en spasertur ut på stuen, slik at forholdene er mer tilrettelagt for en slik samtale?

Som Travelbee (2001) skriver, er det sykepleierens oppgave å tilrettelegge for relasjonsbygging, da det tjener sykepleierens mål (Travelbee, 2001, s. 135). Det er hennes oppgave å ta initiativet, for å oppnå det samarbeidet som fremmer hennes sykepleie, og gjør det ved hjelp av kommunikasjon. Slik kan hun individualisere sykepleien, ved at hun lærer pasienten å kjenne. Kommunikasjon er en prosess hvor partene svarer på motpartens væremåte, og hva som blir sagt. Derfor er det et samspill. I sykepleien er det likevel

sykepleieren, som bør ta initiativet til denne interaksjonen (Travelbee, 2001).

Hun vil gjerne gi Jonas svar på spørsmål han har om sin opplevelse av behandlingen. Som for eksempel hvorfor han må gjennom hyppige målinger av både blodtrykk, puls, temperatur, blodsukker og annet. Og om han vet hva disse målingene er og hva de betyr. Hvilke medisin han får og hva den gjør, og om han i det hele tatt visste noe om dette før innleggelsen (Tveiten, 2008). Alle disse ukjente prosedyrene som er små oppgaver i en sykepleiers hverdag, kan oppleves stressende og uoversiktlig for en pasient. Særlig om man ikke har noen forutsetning til å forstå hva som blir gjort, hvorfor og hvordan. Det er ikke unaturlig at pasienten får en følelse av maktesløshet, hjelpsløshet og en følelse av å ikke ha kontroll over sitt eget liv (Mosand & Stubberud, 2010).

Erfaringsmessig vet hun at pasientene har problemer med å akseptere og forstå hvorfor dette har skjedd nettopp han eller henne, og har mange tanker og følelser som trenger og sorteres. I første omgang trenger han nødvendigvis ikke sette ord på alt han opplever. Det vet hun kan være utfordrende for de fleste. Ofte oppfatter hun mye ved bare å snakke rundt og om situasjonen. Samtidig vet hun også at Jonas må se og være trygg på at hun har tid, men også interesse og et ønske om å hjelpe (Hummelvoll, 2012).

Symptomene og ubehaget han hadde, relatert til hyperglykemi ønsker han ikke å oppleve igjen, men Jonas har ingen verktøy å hjelpe seg med. Han vet enda ikke hvordan, eller om han kan klare å unngå at dette skjer igjen. I tillegg føles det fremmed og nytt for Jonas å være på sykehus, hvor pleierne er fremmede, han utsettes for apparater og målinger han i utgangspunktet vet lite om.

#### **4.3 Vi kan være modige sammen – Helhetlig sykepleie, anerkjenne og utfordre**

Et menneske er i følge Travelbees definisjon ”et unikt, uerstattelig individ – enestående i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller kommer til å leve”. (Travelbee, 2001, s. 54)

Det er mange inntrykk å ta innover seg. Pasienten mottar mye forskjellig informasjon på kort tid, samtidig som han opplever å ha mange spørsmål og tanker rundt det å bli syk. I en slik situasjon er det ikke alltid, men ofte naturlig, at pasienten har problem med å ta imot, ta inn over seg og bearbeide informasjonen som gis (Tveiten, 2008). Derfor må den gjerne gjentas, og forklares helt enkelt til å begynne med. Sykepleieren må hele tiden se an hvor mye pasienten forstår av hva som blir sagt, og tilpasse undervisningen etter pasienten (Tveiten, 2008).

Jonas har begynt å motta injeksjoner nå. Det er fjerde gangen han får insulin som injeksjon, men han har ikke ønsket å prøve selv enda. Sykepleieren har valgt å ikke gi han tilbudet om å forsøke det selv, fordi hun føler at Jonas langt ifra er klar. Han har nemlig ikke sett på en eneste gang. Han snur seg rett og slett bort, avvisende, anspent. Som om det som skjer ikke har noe som helst med han å gjøre. Likevel skvetter han til når nålen perforerer huden. Sykepleieren forklarer hele tiden hva som skal skje, og hvordan. Hun har fortalt Jonas at det er en fordel om han ser på når hun setter insulininjeksjonen, slik at han etter hvert kan forstå teknikken, før han må forsøke selv. Men det er da Jonas velger å ikke svare henne.

Det er vesentlig kunnskap å hente for helsepersonell ved å prøve og få tak på pasientens opplevelse av å være under behandling (Hummelvoll, 2012). I Hummelvoll (2012) kan man lese at ”først når man finner pasienten der han er, og aner noe om hvordan situasjonen oppleves, kan man få utbytte av den faglige kunnskap og erfaring man sitter inne med”. Hvilke forutsetninger har Jonas i caset til å forstå hva kroppen hans gjennomgår, hva diabetes innebærer og hva leger og sykepleier spør ham om? Det er individuelt hva personer opplever som helse. Man må derfor alltid sette den enkeltes tolkning som utgangspunkt for behandling og sykepleie. I tillegg er det en fordel for sykepleien som skal utføres at sykepleier er i stand til å møte pasienten og dens pårørende ”der han er”. Er Jonas med nyoppdaget diabetes i en tilstand der han evner å tilegne seg den informasjonen som blir gitt? (Tveiten, 2008)

I startfasen må sykepleier gi pasient og familien kunnskap om sykdommens og dens sykdomsmekanisme, kostholdsveiledning og praktisk opplæring i forhold til blodsuktermåling og insulinmedisinering. Den praktiske opplæringen er ikke første prioritet, da det er mye å forholde seg til i startfasen (Helsedirektoratet, 2009). Likevel skal Jonas, så fort han føler seg klar, utføre behandlingstiltakene selv, under veiledning av sykepleier. Sykepleieren må motivere Jonas til å ønske og søke den kunnskapen han trenger

(Helsedirektoratet, 2009). Kunnskap vil gi ham, og evt. familien innsikt i egen situasjon, og den forutsetning han trenger for å forstå hva han står ovenfor av utfordringer (Hummelvoll, 2010). Dette vil også gi Jonas en viss følelse av sammenheng og gjenopprette kontroll over egen helse. Konsekvensene av dårlig regulert diabetes må også gjentas, da det er viktig at Jonas forstår alvoret av situasjonen han er i (Mosand & Stubberud, 2010).

Sykepleierutdanningen er en profesjonell utdanning. Det som kjennetegner profesjonelle utdanninger, er at de kvalifiserer til kompetanse i et praktisk yrke hvor yrkesutøveren, gjennom sin tjeneste til mennesker med behov for denne spesifikke tjenesten, også ivaretar en samfunnstjeneste (Fagermoen 1933:33, gjentatt i Tveiten, 2008, s. 38). Kompetanse innebærer både sykepleiereens faglige kunnskaper, den praktiske kunnskap og den hun tilegner seg gjennom erfaringen (Tveiten, 2008). Denne kompetansen er utgangspunktet for sykepleien som skal utføres, og kvaliteten av den.

”Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som skal legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger.” (Tveiten, 2008, s. 39). Veiledningen må være planlagt, og sykepleier skal kartlegge hvilke forutsetninger pasienten har til å forstå og tilegne seg kunnskap. Det kan godt tenkes at informasjonene må gjentas, og at undervisningen må porsjoneres slik at det ikke blir for mye for pasient å ta inn. I tillegg er det også viktig at sykepleier klarer å være både støttende, rådgivende, samtidig som utfordrede, når hun veileder og underviser pasienten (Tveiten, 2008).

Sykepleieren opplever det som vanskelig å bestemme seg for hvor mye hun kan eller bør utfordre Jonas. Hun vet at læring er en individuell prosess, og vil ikke at han skal føle seg presset og tvunget. Samtidig er de kommet så langt i pasientforløpet at Jonas bør begynne å lære seg injeksjonsteknikk, og riktig teknikk for måling av blodsukker. Det er ikke bare en nødvendighet at Jonas har kunnskap om hvordan han skal behandle sin diabetes. Det er også en rettighet han har som pasient (Helsedirektoratet, 2009). Og det er sykepleierens plikt å ta initiativet til læringen dersom Jonas ikke selv søker den kunnskapen han trenger (Helsedirektoratet, 2009). Hun bestemmer seg for å ta avgjørelsen for ham, skal han i det hele tatt komme i gang med øvingen (Tveiten, 2008). Han må ha hjelp til å tørre og prøve selv. Det

blir som å hoppe fra 5 meteren i svømmehallen for første gang. Når man først har hoppet en gang, vil det forhåpentligvis ikke være en like stor barriere å bryte neste gang.

I dag har Jonas fått beskjed om at han skal forsøke å stikke seg selv. De avtaler et tidspunkt like før kveldsmat, hvor de to kan forsøke sammen (Tveiten, 2008). Men før han stikker på seg selv, får Jonas en appelsin som han kan trene seg på for å få inn teknikken, før han forsøker på seg selv. Sykepleieren ønsker å vite Jonas' tanker om å sette injeksjonen på seg selv. Han trekker på skuldrene og sier han ikke har tenkt så mye på det annet enn at han finner det ubehagelig.

Jonas får sprøyten i hånden etter sykepleieren har trukket opp antall enheter. Han holder den lenge, på en slik måte at sykepleieren oppfatter at Jonas ikke vet hvordan han skal behandle den. Sykepleieren lar Jonas holde den og kjenne på den en liten stund, før hun begynner å veilede (Tveiten, 2008). Jonas prøver, men trekker seg like før nålen treffer huden. De bestemmer seg for å ta en pasue på 15 minutter. Han gjør det et par ganger til på appelsine, for så å gi det et nytt forsøk på seg selv. Jonas nøler denne gangen også, men stopper ikke, og får det til på det andre forsøket får (Jensen, 2009).

#### **4.4 Hva drømmer du om? – Selvstendighet og empowerment**

Jonas får besøk av to kamerater. De er begge iført russedress, og forteller livlig om hva de har gjort i det siste. Etter besøket opplever sykepleieren at Jonas er mer innesluttet og lei enn tidligere. Hun forstår og antar at besøket minner Jonas på at han går glipp av sin egen russetid. Jonas ser henne og sier frustrert «Jeg hater å ikke kunne gjøre som jeg vil! Det er så urettferdig. De trenger ikke ta hensyn til noe, mens jeg må ta hensyn til absolutt alt!». Sykepleieren forstår Jonas, til en viss grad. Hun har ikke en kropp som setter begrensninger for hvordan hun kan spise, drikke og ellers være i aktivitet (Haugstvedt, 2011). Det bekymrer henne at Jonas er midt i russetiden når han nå rammes av en alvorlig kronisk sykdom. Forstår han ikke alvoret av å ta hensyn til sykdommen når han nå utskrives og skal være sammen med sine kamerater både som russ og ellers, kan det være livstruende. Særlig kombinert med alkohol (Haugstvedt, 2011). Ved bruk av alkohol kan Jonas oppleve livstruende hypoglykemi etter få timer (Helsedirektoratet, 2009). Andre sammenhenger hvor



Jonas må lære å ta forhåndsregler er ved trening og lengre bilturer hvor han anstrenger seg mer enn normalt (Helsedirektoratet, 2009).

Jonas klarer ikke å se lyset i tunnelen (Mosand & Stubberud). Han sier han planlegger å gjennomføre sin verneplik til høsten, men han tror ikke han kan det nå når han har fått Diabetes. Ikke når han hele tiden må ta behandlingsmessige valg i forhold til sykdommen (Mosand & Stubberud).

Målet for pasient og sykepleier må være at pasienten er motivert til å ta ansvar for egen helse og sykdom. Jonas må bli selvstendig i behandlingen, og i størst mulig grad klare å ta de forhåndsregler som kreves for å leve et normalt og fritt liv med sykdommen (Helsedirektoratet, 2009). Han vil være i stand til å kjenne igjen symptom på komplikasjoner. Og Jonas kan han forebygge og behandle symptomene før de blir alvorlige og akutte. Sykepleieren må klare å formidle hvilke mulighetene Jonas har til et bort imot normalt liv, til tross for sykdommen. Pasienten og familien skal føle at de selv med kronisk sykdom som en utfordring i hverdagen kan oppnå god livskvalitet. Den trenger ikke begrense Jonas sine muligheter for fremtiden (Helsedirektoratet, 2009).

Helsepersonell skal være bevisst på forekomsten av psykiske lidelser, som angst, depresjon og spiseforstyrrelse hos diabetikere, og arbeide for å forebygge disse (Helsedirektoratet, 2009). Derfor er det viktig å få frem de muligheter pasienten har, dersom de innarbeider seg gode rutiner i sin hverdag (Helsedirektoratet, 2009).

Ernæringsfysiolog har hatt noen møter med Jonas. Sykepleierne og Jonas har i etterkant av disse sammen planlagt hvordan Jonas kan spise og planlegge måltidene sine utover dagen. En kveld, når sykepleieren samler inn matbrett fra pasientrommene, ser hun at Jonas bl.a. har spist yoghurt og drukket saft. Han har forsøkt å hente mat i kantinen selv, hvor han nå skulle velge ut mat som er bra for blodsukkeret (Helsedirektoratet, 2009). I stedet for å påpeke sukkerinnholdet i både yoghurten og saften, spør hun heller hva han hadde på skiven. Hun vil fokusere på det positive ved valg av grovt knekkebrød og kjøttpålegg (Hummelvoll, 2012). Sykepleieren vet at blodsukkeret vil være høyt ved neste måling, som er ved midnatt, men skjønner samtidig at Jonas ikke kan klare å lære seg alt på en gang. Erfaringsmessig vet hun også at dette er ting som ofte oppleves som innviklet for pasienten, og må repeteres. Det er viktig at Jonas vet hva han har gjort riktig, og viktigheten for det videre resultatet av

behandlingen (Hummelvoll, 2012). Samtidig skal hun ha i bakhodet hvor lavt blodsukkeret kan komme i løpet av natten, risikoen for hypoglykemi (Mosand & Stubberud), og det er også nødvendig å påpeke overfor Jonas hvor alvorlig det kan være.

Studien til Howorka et. Al., (1999) viser at det er en direkte sammenheng mellom pasienter som har fått grundig opplæring i insulindosering og behandling godt, som fører til et godt regulert blodsukkernivå, og pasienters følelse av uavhengighet og selvkontroll. Både fordi de selv var i stand til å ta de nødvendige behandlingmessige avgjørelsene i hverdagen, uavhengig av helsevesenet, men også frihet fra fysiske og behandlingmessige begrensninger (Howorka et. Al., 1999).

## 5 Styrke og svakheter

Styrken i min oppgave vil jeg påstå ligger i arbeidet jeg har gjort for å samle inn et bredt kunnskapsgrunnlag av nyere, relevant faglitteratur, som jeg kan bygge min drøfting på. Jeg tror at min interesse og engasjement for feltet, og særlig da unge diabetikere også styrker min oppgave. Jeg har i tillegg noe erfaring fra å arbeide som assistent ved en medisinsk avdeling for nyre og diabetes.

Diabetesbehandling er et omfattende, tverrfagelig samarbeid, som både omhandler forebyggende arbeid for å unngå sykdom, men også forebyggende arbeid etter sykdom er oppstått for og unngå senkomplikasjoner. I tillegg har vi nå sett at det krever mye å følge opp og gi opplæring til pasienter med diabetes mellitus type 1. Ved å velge dette temaet har den største utfordringen vært å velge ut en del av denne omfattende behandlingen, og klare å holde seg til hva som er relevant for valgt tema og problemstilling. Samtidig er det mye vesentlig teori om alle aspekter ved behandlingen, som bør inkluderes, nettopp for å få frem sykdommens og behandlingens kompleksitet i tillegg til samfunnets utfordring ved denne pasientgruppen.

## 6 Konklusjon

Hvordan kan sykepleieren, gjennom undervisning og veiledning, hjelpe den unge pasienten til å få kontroll over sin nyoppdagede diabetes mellitus type 1? Dette er hva jeg ønsker å svare på. Jeg vil nå konkludere med at sykepleieren, når hun skal utøve og nå målet med sykepleien, til en ung person med diabetes type 1, må møte pasienten der han er. Hun må være bevisst på sin tilnærming til pasienten. Ved å respektere pasienten, og skape tillit oppnår sykepleieren en relasjon som uten tvil vil være til fordel for sykepleien som skal gjennomføres, og pasientens opplevelse av sykepleien. De kan slik *sammen* arbeide for å nå målet. Skal pasienten selv ta ansvar for eget liv og helse, må han altså inkluderes og motiveres, fremfor at avgjørelser og behandling skjer over hodet på han. Denne prosessen, behandlingen, er et fellesskap mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren som har den faglige kompetansen, og skal ta initiativet til å bygge relasjon til pasienten for å fremme det terapeutiske samarbeidet. Videre har vi sett at pasienter med diabetes, både type 1 og 2, utgjør en stadig større

pasientgruppe. I studiene jeg har tatt med, kommer det tydelig frem effekten og nødvendigheten av å gi pasienten god opplæring i å regulere sitt blodsukker. Slik oppnår pasienten forutsigbarhet. Å gi pasienten denne kompetansen er direkte forebyggende for å unngå senkomplikasjoner. Da forebygger vi også store helsekostnader som følger av disse senkomplikasjonene.

## Litteraturliste

Brinchmann, B. (2009). *Nærhetsetikk*. I Brinchmann, B. (Red.), *Etikk i sykepleie* (s.117-120, 122). Oslo: Gyldendal Akademiske

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Diabetesforbundet, Hentet 12.04.13 fra

<http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips>

Haugstvedt, Anne (2011) *13 Diabetes i et livsløpsperspektiv*. I A. Skafjeld & M. Graue (red.) *Diabetes Forebygging, oppfølging, behandling* (s.285-287, 290-293). Oslo: Akribe

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale kliniske retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

Howorka, K., Pumplra, J., Wagner-Nosiska, D., Grillmayr, H., Schlusche, C. and Schabmann, A. (1999). *Empowering diabetes out-patients with structured education: Short-term and long-term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes*. Hentet 13.02.13 fra

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399999000744> Tilgjengelig via [PubMed]

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og helse* Oslo: Gyldendal Akademiske

Jensen, P. (2009) *Ansikt til ansikt: Kommunikasjon- og familieperspektivet i helse og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Kunnskapssenteret (2008) *Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje*. Hentet 12.04.13

[http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklisteforvurdering+av+fo  
rskningsartikler.2031.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklisteforvurdering+av+fo<br/>rskningsartikler.2031.cms)

- Kunnskapssenteret (2008) *Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RTC)*. Hentet 12.04.13  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+fo+rskningsartikler.2031.cms>
- Menzin, J., Korn, J., Cohen, J., Lobo, F., ZZhang, BB., Friedman, M., Neumann, P. (2010). *Relationship Between Glycemic Control and Diabetes-Related Hospital Costs in Patients with Type 1 or 2 Diabetes Mellitus*. Hentet 13.02.13 fra  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433217> . Tilgjengelig via [PubMed]
- Mosand, R. & Stubberud, D.-G. (2010). Kapittel 17: *Sykepleie ved diabetes mellitus*. I Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. (side 508, 510-512, 515). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Nordfeldt, E. , Johannson, C., Carlsson, E., & Hammersjö, J-Å. (2002) *Preventing of severe hypoglycaemia in type 1 diabetes: a randomised controlled population study*. Hentet 13.02.13 fra  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=prevention+of+severe+hypoglycemia+in+type+1+diabetes%3A+a+randomised+controlled+population+study%20Tilgjengelig%20via> Tilgjengelig via [Pubmed]
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller briste; kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Tetzchner, Stephen von (2012) *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske