

Fagutvikling/Forskning

Diabetespleie som virker

Av Marit Graue, Marjolein Iversen, Anne Haugstvedt

Publisert i Sykepleien nr. 01/2007

Studentene i klinisk videreutdanning i diabetessykepleie ved Høgskolen i Bergen vet hva de gjør – og hvorfor.

En regner med at det er minst 90 000 til 120 000 personer som har diagnostisert diabetes i Norge i dag (1). I tillegg kan mange ha en udiagnostisert diabetes, og forekomsten er trolig langt høyere.

Prevalensen er økende i mange land (2), og beregninger som er gjort tyder på at det kan være rundt 366 millioner med diagnosen på verdensbasis i 2030. Det er av avgjørende betydning at helsetjenesten har nødvendig kompetanse og tilfredsstillende tilgang på godt kvalifisert personell til å ivareta denne gruppen pasienter i årene som kommer.

Gjennom *Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010* (3) ønsker regjeringen å danne en helhetlig ramme for å mobilisere alle involverte sektorer og organisasjoner for å redusere de samfunnsmessige, menneskelige og økonomiske følgene av diabetes i Norge.

En best mulig helsetjeneste

Studier fra andre land kan tyde på at så mange som 30-40 prosent av pasienter ikke mottar pleie og omsorg basert på best tilgjengelig kunnskap. Hele 20-25 prosent av den gitte omsorgen er unødvendig og også muligens skadelig (4). Innen diabetesfeltet diskuteres det hvordan vi kan revidere vår kliniske praksis i forhold til ulike kvalitetskriterier og standarder. Begreper som *clinical governance* og *clinical audit* er knyttet opp mot dette, og vil bli viktige fokuseringsområder i fremtiden (5, 6).

For å kunne leve godt med diabetes og å forebygge eller forsinke utviklingen av sendiabetiske komplikasjoner må den enkelte ha et godt behandlingsopplegg og tilbud om en kontinuerlig og systematisk oppfølging (7). Behandling og oppfølging må basere seg på beste tilgjengelig kunnskap fra forskning, som sammen med kunnskap fra klinisk erfaring og kunnskap fra brukere av helsetjenesten danner grunnlaget for beslutninger og tiltak. Å arbeide kunnskapsbasert innebærer at forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes egne kunnskaper og preferanser integreres (8).

Kunnskapsbasert praksis i studieløpet

I Klinisk videreutdanning i diabetessykepleie ved Høgskolen i Bergen er kunnskapsbasert praksis systematisk integrert i studieløpet. Utdanningen er organisert som et deltidsstudium over tre semestre og gir til sammen 45 studiepoeng. I tillegg gis det mulighet for å ta en påbyggingsmodul i forskningsmetode og vitenskapsteori; totalt 60 studiepoeng.

Studiet er bygget opp med i alt 9 samlinger. I tillegg kommer 150 timer klinisk praksis (dvs 3-4 uker). Foruten denne fordypningspraksisen som inngår i studiet arbeider studentene i deltids- eller fulltidsstillinger; i sykehus, i primærhelsetjenesten eller innenfor andre relevante helsetjenestetilbud.

Systematisk opplæring

Metodekunnskap er sentralt innenfor kunnskapsbasert praksis. Gjennom en kritisk holdning til faget skal studentene kunne finne fram til og anvende forskningsbasert kunnskap i eget arbeid. Prosessen fra et informasjonsbehov er identifisert til ny kunnskap kan implementeres i praksis illustreres i figur 1 (9). Studentene trenger kompetanse i å formulere presise spørsmål (trinn 1-2). Dernest må de kunne legge opp en søkestrategi som gir tilgang på relevant litteratur (trinn 3), samt kritisk lære å vurdere denne litteraturen (trinn 4-5). Slik får de et bedre grunnlag for å reflektere over fagutøvelsen og eventuelt implementere ny kunnskap i praksis (trinn 6).

Figur 1. Trinnene i å arbeide kunnskapsbasert

Det forventes at studentene i løpet av studiet setter seg inn i og tar i bruk forskning fra alle kunnskapsområder både i selvstudier, i fordypningspraksis og i arbeidet med fordypningsoppgaven. I studiet inngår det en egen opplæringsmodul i kunnskapsbasert praksis. Denne modulen starter med en introduksjon av bibliotekets tjenester og en innføring i kunnskapsbasert praksis, og avsluttes med innlevering av studentens eget fordypningsarbeid.

Studentene trenes i litteratursøk, i å være kritisk til informasjonskilder, og får en innføring i kjernesporsmål og studiedesign. Øvelser i kritisk analyse og argumentasjon er viktige deler av denne modulen, og studentene lærer hvordan resultatene kan implementeres i praksis.

Video som pedagogisk verktøy

I et tverrfaglig samarbeid er det vesentlig at diabetessykepleier kan uttrykke seg klart og poengtert, og kunne framstå med en tydelig sykepleiefaglig identitet. Som diskusjonspartner er det viktig å kunne bidra når det gjelder å begrunne pleie- og behandlingmessige tiltak ut fra beste tilgjengelig kunnskap. Kunnskapsbasert praksis som metode er et godt verktøy i en slik sammenheng. Studentene trener på slike ferdigheter gjennom rollespill og bruker videoopptak som pedagogisk verktøy. Øvelser i kunnskapsbasert kommunikasjon og argumentasjon kan bidra til at diabetessykepleier blir bedre i stand til å begrunne faget sitt og derved i større grad kan få gjennomslag for tiltak og oppfølging (Tabell 1.).

Diabetessykepleier på legekontor

Du får ordet fordi du har fremmet en sak på saklisten. Saken heter: "Forebygging av type 2 diabetes".

Mange studier og erfaringer tilsier at forekomsten av type 2 diabetes er i enorm vekst. Som diabetessykepleier ser du trenden helt klart blant deres pasienter også.

Du ønsker nå å presentere en sak for de andre i diabetesteamet og vil foreslå at det gjøres en kartlegging av pasientene deres med hensyn til diabetes, nedsatt glukosetoleranse og risikoindivider. Videre ønsker du å etablere

tiltak (livsstilsintervensjon) hos dere som kan bidra til forebygging av diabetes.

Tips til litteratur som kan hjelpe deg til å fremme saken:

- Claudi, T (2004). Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. *Tidssk nor lægefor* 124 (11), 1508-10.
- Claudi, T (2005). NSAM`s handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Oslo: Norsk selskap for allmenmedisin.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). Helse og adferdsendring. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuomilehto, J. m.fl. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 344 (18) 1343-50.

Tabell 1. Eksempel på kunnskapsbasert øvelse relatert til møte i diabetesteam

Internt fagseminar

Med utgangspunkt i tema for fordypningsoppgavene forbereder studentene i løpet av studiet en presentasjon til et internt fagseminar. Presentasjonene gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon ved opposisjon fra en medstudent. Hovedhensikten med dette fagseminaret er øvelse i å presentere eget arbeid, vise hvor en henter kunnskap fra og hvordan den anvendes. I tillegg får den enkelte trening i kritisk analyse og vurdering av andres arbeid.

Som avslutning på studiet arrangeres det en åpen fagkonferanse hvor studentene forbereder innlegg eller har posterpresentasjon der fordypningsarbeidene presenteres i sin helhet. Denne dagen er åpen for alle interesserte og representerer et nasjonalt forum for fagutvikling for sykepleiere innen diabetes.

Implementering i praksis

Endringsarbeid er en sammensatt og kompleks prosess. Det er både individuelle og organisatoriske faktorer som kan være barrierer eller hindringer for implementering av kunnskapsbasert praksis (10). Manglende metodekunnskap til å finne, forstå og tolke forskningsresultater kan være en hindring, men det er også miljø- og holdningsmessige barrierer (11). Mye tyder på at det er et stort forbedringspotensial knyttet til å etablere gode systemer for at den enkelte kan holde seg oppdatert og anvende ny kunnskap i en travel praksishverdag. Integrering av kunnskapsbasert praksis i studieløp i høgskolene vil slik sett kunne være et viktig bidrag til kvalitetsforbedring i praksis. Et viktig fokus for framtidig forskning må likevel være å utvikle en større forståelse for faktorer som medvirker til profesjonell og organisatorisk endring, og å identifisere mer effektive strategier for implementering (4).

Litteratur:

1. Stene LC, Midthjell K, Jenum AK et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1511 - 4.
2. Wild S, Roglic G, Green A., Sicree R. King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030, *Diabetes Care* 2004; 27:1047-53.
3. Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010. *Helse- og omsorgsdepartementet*. 2006.
4. Grimshaw JM, Eccles MP. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *Med J Aust* 2004; 180: 6Suppl: S50-51.
5. Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001.
6. Khunti K, Baker R, Ganguli S. Clinical governance for diabetes in primary care: use of practice guidelines and participation in multi-practice audit. *British Journal of General Practice* 2000; 50:877-81.
7. Vaaler S, Møinichen T, Grendstad I. *Diabeteshåndboken*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk., 2004.

8. Nortvedt MW, Hansen TA Evidens basert sykepleie – hvorfor er begrepet stadig mer aktuelt og hva innebærer det for praksis? *Tidsskr Sykepl* 2001; 16: 59-61.
9. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hva er kunnskapsbasert praksis?
[http://www.kunnskapssenteret.no/filer/kunnskapsbasert_praksis.ppt#389,7,Lysbilde 7](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/kunnskapsbasert_praksis.ppt#389,7,Lysbilde%207) (PDF).
10. Ring N, Malcolm C, Coull A, Murphy-Black T & Watterson A. Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14;9: 1048-58.
11. McCaughan D, Thompson C, Cullum N, Sheldon TA, Thompson DR. Acute care nurses' perception of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Adv Nurs* 2002; 39;1: 46-60.