



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Solveig Nelly Sægrø		

Deltakar

Namn:	Kine Solheim
Kandidatnr.:	16
HVL-id:	141872@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 6967 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Livsstilsrettleiing til pasientar med
diabetes type 2

Kine Solheim

Bachelor i sjukepleie

Avdeling for helsefag/institutt for sjukepleie/campus Førde

30.november 2017

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittel

Livstilssrettleiing til pasientar med diabetes type 2.

Bakgrunn for val av tema

Då eg var i medisinsk praksis var eg på ein sengepost for diabetespasientar. Her fekk eg sjå at store delar av behandlinga av diabetes type 2 bestod av livsstilsendring. Sjukepleiarane i avdelinga hadde ansvar for å rettleie pasientane innanfor kosthald og fysisk aktivitet. Eg fekk sjølv prøve meg i den rettleiande rolla, og fekk føle på kroppen at det var utfordrande å skulle rettleie pasientar til å gjere ei viktig endring i livet sitt. Eg bestemte meg dermed for å ta føre meg dette emnet i bacheloroppgåva mi.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar rettleie pasientar med diabetes type 2 til ei livsstilsendring?

Metode

Opggåva mi er basert på litteraturstudie som metode. Eg har nyttegjort meg av faglitteratur og forskingsartiklar for å svare på problemstillinga mi.

Funn og konklusjon

For å rettleie pasientar med diabetes type 2 til ei livsstilsendring, er sjukepleiaren avhengig av fagleg dugleik og kunnskap. Ein må ta i bruk pedagogiske og relasjonelle ferdigheiter, samt å tilpasse informasjonen til pasienten sitt nivå. Det bør leggest ekstra vekt på kosthald og endringar knytt til dette, då forskning syner at dette er noko pasientane er ekstra opptekne av. Sjølv om tid kan vere ein manglande ressurs, er det viktig å bruke den tida ein har til rådighet, då litt rettleiing er betre enn inga rettleiing i det heile.

Nøkkelord

Diabetes type 2, livsstilsendring, rettleiing, relasjon

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Problemstilling.....	1
1.2 Korleis oppgåva skal løysast	2
2 Metode	2
2.1 Søk og funn av litteratur.....	2
2.2 Søk etter forskingsartiklar	3
2.3 Kjeldekritikk.....	3
3 Teori.....	4
3.1 Sjukepleieteori og sentrale føringar	4
3.2 Diabetes type 2.....	4
3.3 Behandling av diabetes type 2	5
3.4 Relasjonskompetanse og kommunikasjon i pasientarbeid	5
3.5 Pedagogiske aspekt ved rettleiing.....	6
3.6 Motiverande intervju som metode	6
4 Resultat og funn	7
4.1 Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland	7
4.2 Outcomes monitoring of health behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes	8
4.3 Five-year survey of Wellington practice nurses delivering dietary advice to people with type 2 diabetes	8
4.4 «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her»	9
5 Drøfting.....	9
5.1 Å skape ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient	9
5.2 Sjukepleiaren si oppgåve i behandling av diabetes type 2.....	11
5.3 Korleis motivere pasienten til å gjere endringar?	13
5.4 Den rettleiande samtalen i praksis.....	14
6 Konklusjon	15
Bibliografi	16

1 Innleiing

Det er om lag 200 000 menneske som har diabetes type 2 i Noreg i dag, og dei siste åra har det vore ei eksplisiv auke i antal tilfelle. Eit stort antal av befolkninga er ikkje klar over at dei har diabetes type 2. For kvar 100. pasient med kjent diabetes type 2 kan det vere mellom 50 og 100 med uoppdaga diagnose. Dermed kan det totale antalet for diabetes type 2 reelt vere mellom 300.000 og 400.000 (Diabetesforbundet, 2017). Type 2-diabetes rammar oftast personar i 40-årsalderen og eldre. Førekomsten av sjukdommen er aukande i den vestlege verda, og dette har samanheng mellom anna med arv og livsstil (Jenssen, 2014, s. 385-388). Stadig meir inaktive liv, lett tilgang på billig og usunn mat, samt aukande levealder er medverkande faktorar til at fleire og fleire får diabetes type 2 (Sortland, 2015, s.198). Diabetes har ei lang rekkje alvorlege seinkomplikasjonar dersom ein går med eit dårleg regulert blodsukker over lengre tid. Ved nyoppstått diagnose er ei tilpassing av kosthaldet og ei auke i fysisk aktivitet ofte tilstrekkeleg for ei tilfredsstillande regulering av blodglukosen dei første månadane eller åra (Jenssen, 2014, s. 385-388).

Som sjukepleiar set ein pasienten si helse, livskvalitet og meistring i hovudfokus. For å kunne fokusere på dette må sjukepleiaren ha den innlevinga og forståinga for pasienten sin situasjon som krevst. I tillegg må ein ha den fagkunnskapen som er naudsynt for å kunne hjelpe pasienten på best mogleg vis. Som sjukepleiar har ein ei rekkje funksjonsområde. Blant desse kan ein nemne undervising og rettleiing som viktige og høgst aktuelle område. Dette handlar om å legge til rette for læring, utvikling og meistring hjå pasienten (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 16-19). I sjukehuspraksis var eg 9 veker på ei diabetesavdeling der eg fekk møte mange pasientar med nyoppstått diabetes type 2. Sjukepleiarane i avdelinga var ansvarlege for informasjon, opplæring og rettleiing til pasientane før dei kunne verte utskrivne. I løpet av praksisen fekk eg prøve meg i rolla som rettleiar, der eg oppmoda dei til å legge om kosten og å vere meir fysisk aktiv. Når ein sjukepleiar skal rettleie ei gruppe pasientar må ein ha kunnskap om sjukdommen og kunnskap om korleis å gje god informasjon og rettleiing. Eg ynskjer å gå meir inn på korleis sjukepleiaren på best mogleg måte kan rettleie desse pasientane til å få ein sunnare livsstil og ei betre helse.

1.1 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar rettleie pasientar med diabetes type 2 til ei livsstilsending?

Eg avgrensar problemstillinga til å gjelde vaksne kvinner og menn med nyleg diganostisert diabetes type 2 på sjukehus. Med omgrepet livsstilsending legg eg vekt på endringar innan kosthald og fysisk aktivitet. Eg ynskjer å sentrere oppgåva rundt den grunnleggande informasjonen som vert gjeven til pasienten i den første tida etter diagnosen er stilt.

1.2 Korleis oppgåva skal løysast

Oppgåva mi tek utgangspunkt i gjeldande problemstilling og avgrensing. Eg skal gå nærare inn på teori om diabetes og sjukepleiaren i rolla som rettleiar. Vidare skal eg mellom anna presentere gjeldande anbefalingar for diabetespasientar, samt faglitteratur vedrørande kommunikasjon, relasjonskompetanse og pedagogikk. I tillegg skal eg presentere teori som tek føre seg pasientperspektivet og sjukepleieperspektivet i behandling av sjukdom. Eg har søkt meg fram til fleire relevante forskingsartiklar innanfor valt emne. Innhaldet i desse artiklane skal gjerast greie for, samt korleis eg kom fram til dei. Presentert teori, forskning og egne erfaringar skal drøftast for å svare på gjeldande problemstilling. Her tenkjer eg det er viktig å sjå på kva for anbefalingar som er sentrale i behandling av diabetes type 2. For å vite korleis å rettleie ein pasient er det avgjerande å vite kva ein skal rettleie pasienten til, og kva for informasjon ein skal gje. Dette er difor eit sentralt drøftingspunkt i denne oppgåva. Eg vil vidare drøfte viktigheita av at ein som pasient får tilstrekkeleg med informasjon og motivasjon til å gjennomføre ei anbefalt livsstilsendring. Eit anna viktig område for drøfting er sjukepleiaren si rolle i rettleiing til pasientane, og korleis skape relasjon og tillit. På den andre sida kan det vere nyttig å drøfte faktorar som gjer at ein lukkast og eventuelt ikkje lukkast med å rettleie pasientane.

2 Metode

Bacheloroppgåva mi er basert på litteraturstudie som metode. Det vil seie at eg har systematisert og samla inn litteratur frå ulike skriftlege kjelder, gått kritisk gjennom det og samanfatta det heile til slutt. Hensikta med å nytte denne metoden er å gje lesaren oppdatert og god forståing av kunnskapen som problemstillinga tek føre seg, samt syne korleis ein har kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 79-80).

2.1 Søk og funn av litteratur

For å kunne gjennomføre litteraturstudien har eg vore avhengig av å finne aktuell og relevant litteratur som kan knytast til problemstillinga mi. Eg har nytta skulebiblioteket og søkt etter tilgjengelege bøker i Oria. Her har eg først og fremst søkt etter bøker om diabetes og sjukepleie til diabetespasientar. Det var svært mange bøker som tok føre seg diabetes, men eg brukte tid på å kritisk vurdere dei og luka vekk dei som ikkje kunne nyttast i arbeidet med oppgåva. Bøkene eg enda opp med å bruke gjev meg mykje litteratur om diabetes som sjukdom, men like mykje om korleis å handtere og rettleie pasientar som har fått diagnosen. Generelle gjeldande råd og anbefalingar for å kunne gjennomføre livsstilsendring er også beskrive i ein del av bøkene. Eg har lagt ekstra vekt på dei delane av litteraturen som seier noko om pasientperspektivet, og korleis å møte pasienten. Noko av litteraturen går også inn på rettleiingsprosessen, korleis å leve med diabetes, kommunikasjon, motivasjon og meistring hjå pasienten.

Dei bøkene eg har nytta mest i oppgåva er Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling av Skafjeld & Graue, Grunnleggende sykepleie bind 1 av Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, samt Diabeteshåndboken av Vaaler & Møinichen. Eg gjekk i tillegg attende til pensumlitteratur frå første studieår for å finne basal sjukdomslære om diabetes, samt teoretiske perspektiv på sjukepleie som omgrep. Frå første studieår har eg også funne fram pensumlitteratur knytt til pasientkommunikasjon og etiske aspekt i sjukepleiefaget. På skulebiblioteket søkte eg meg også fram til litteraturbøker innanfor ernæring og pedagogikk, samt litteratur som tek føre seg motiverande intervju som kommunikasjonsteknikk. Ernæring – mer enn mat og drikke av Sortland, Motiverende intervju av Barth, Børtveit & Prescott, og Helsepedagogikk av Tveiten var nokre av dei eg enda opp med her. Ved å lese delar av Helsedirektoratet sine nasjonale faglege retningslinjer for diabetes har eg funne nyttig teori, samt aktuelt lovverk som kan takast med i oppgåva. Eg har i tillegg nytta meg av yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar.

2.2 Søk etter forskingsartiklar

Eg byrja søket mitt med å finne nøkkelord i Swemed+. Her fann eg ulike ord og kombinasjonar som eg vidare nytta i søk i andre databasar. Diabetes mellitus type 2, nutrition intervention, motivation, diet, lifestyle, nurse, quality og counselling har vore nytta i ulike kombinasjonar. Søkeorda har eg lagt inn i Academic Search Elite, valt AND og OR, og kryssa av for søk i Cinahl og Medline. Dei første søka gav meg veldig mange treff. På diabetes type 2 and diet fekk eg 7394 treff. Ved å legge til excersise or physical activity i same søk enda eg opp med 825 treff. Her fann eg ut at eg måtte vinkle søket mitt meir inn på rettleiing og rådgjeving. Ved kombinasjonen diabetes mellitus type 2 and dietary and counselling fekk eg 80 treff. Av desse 80 fann eg artikkelen «Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland» frå 2006. Diabetes type 2 and nutrition intervention and quality gav 16 treff, og av desse enda eg opp med «Outcomes monitoring of health behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes» frå 2004. Artikkelen «Five-year survey of Wellington practice nurses delivering dietary advice to people with type 2 diabetes» frå 2014, var eit av 90 treff i søket diabetes type 2 and nursing and advice. Etter eige ynskje ville eg ha ein nordisk artikkel med i oppgåva mi, men fann ikkje dette i søka mine. Eit enkelt søk med søkeordet «diabetes type 2» i søkemotoren Idunn gav meg 109 treff. Ut frå desse 109 artiklane enda eg opp med den norske artikkelen «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her» frå 2013.

2.3 Kjeldekritikk

Samla sett føler eg at litteraturen eg har nytta meg av, gjev eit breitt spekter av den faglege tyngda eg treng for å kunne svare på problemstillinga. Ei blanding av pensumlitteratur frå sjukepleiefaget, tverrfagleg forskingsbasert litteratur og internasjonale forskingsartiklar gjev grunnlag for drøfting og

konklusjon innanfor det aktuelle emnet. Eg har freista å velje nyaste utgåve av dei aktuelle bøkene eg har funne, samt å finne så fersk forskning som mogleg. Bøkene eg har nytta er gjevne ut mellom 2011 og 2017, og eg føler at litteraturen eg har nytta har relevans for oppgåva.

Samtlege forskingsartiklar eg har brukt er av kvalitativ metode. Av svakheiter kan ein sjå at to av forskingsartiklane er frå 2004 og 2006. Likevel vurderer eg dei til å vere grundig og relevant forskning for oppgåva mi. Dei resterande artiklane mine er publiserte etter 2014. Alle artiklane går gjerne ikkje heilt nøyaktig inn på det same som problemstillinga mi tek føre seg, men dannar likevel eit viktig bilete av sjukepleiefagleg diabetesrettleiing. Noko av litteraturen og forskinga rettar seg gjerne meir mot spesialiserte diabetessjukepleiarar. Eg meiner likevel at diabetesrettleiing er ei relevant og aktuell arbeidsoppgåve som alle sjukepleiarar kan kome opp i, anten dei har spesialisert utdanning eller ikkje. Dette grunna at typiske diabetesteam gjerne tek over oppfølging og rettleiing først etter at pasienten er utskrive frå sjukehusavdeling. Ei anna svakheit som er verd å nemne, er at tre av artiklane er skrivne på engelsk. Det kan dermed vere at eg kan ha misforstått eller mistolka delar av stoffet.

3 Teori

3.1 Sjukepleieteori og sentrale føringar

Joyce Travelbee er ein av dei sentrale teoretikarane innanfor sjukepleie. Travelbee forklarar sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess der ein skal hjelpe ein person, familie eller eit samfunn med førebygging eller meistring av sjukdom og liding (Kristoffersen, 2014, s. 216-221). Yrkesetiske retningsliner for sjukepleiarar dannar grunnlaget for utøvande sjukepleie og sjukepleiefaget generelt. Sjølve grunnmuren i dei yrkesetiske retningslinene er at ein som sjukepleiar skal syne respekt og ivareta verdigheita til det enkelte menneske. Sjukepleiaren skal også underbyggje håp, meistring og livsmot hjå pasientane. Ein skal gje pasienten moglegheit til å ta sjølvstendige avgjersler ved å gje dei tilstrekkeleg og tilpassa informasjon, samt sikre seg om at den aktuelle informasjonen er forstått (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Som sjukepleiar må ein ha evne til å syne genuin forståing og empati for pasienten, og forstå korleis vedkomande har det (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 23).

3.2 Diabetes type 2

Diabetes er ein endokrin sjukdom. I pankreas vert det danna både insulin og glukagon, og dei endokrine cellene er samla i dei Langerhanske øyar, som er spreidd rundt i pankreasvevet. Her finn vi ulike celler som lagar ulike hormon, og dei viktigaste av desse er betaceller og alfaceller. Dei produserer henholdsvis insulin og glukagon (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2014, s. 209-210). Når ein får diabetes type 2 har det oppstått ei øydelegging av cellevevet i dei Langerhanske øyar, og det kan

føre til ei opphoping av amylin. Ei slik opphoping fører til at betacellene dør. Dei Langerhanske øyar produserer ei forhøga mengd glukagon, og levra produserer for mykje glukose. Dette fører til eit høgre blodsukker fordi ein har for lite insulin og for mykje glukagon i blodet (Jenssen, 2014, s. 385).

3.3 Behandling av diabetes type 2

Den grunnleggande behandlinga ved diabetes type 2 er ei livsstilsbehandling der pasienten må regulere kosthaldet sitt og vere i regelmessig tilstrekkeleg fysisk aktivitet. Ein vektreduksjon på 5-10 prosent er eit sentralt mål i behandlinga, då vektreduksjon har ein gunstig verknad på blodsukkerkontrollen, samt risiko for utvikling av seinkomplikasjonar. Generelt knyt ein overvekt, og spesielt abdominal fedme, til insulinresistens, aukande blodtrykk og mindre gunstige lipidnivå i blodet (Sagen, 2011, s. 38-39). Fysisk aktivitet verkar senkande på blodsukkeret, og er naudsynt dersom ein skal gå ned i vekt. Ein må finne ei form for fysisk aktivitet som pasienten trivst med, og legge ein plan i fellesskap. Alle som har moglegheit bør vere i moderat aktivitet i 30 minutt dagleg (Vaaler & Møinichen, 2014, s. 90).

For mange handlar mat og måltid om vanar, tradisjonar, tid og økonomi. Når ein får diagnostisert diabetes type 2, kan desse faktorane kome i konflikt med blodsukkerregulering og førebyggjing av sjukdom. Kosthaldet vårt påverkar blodtrykk, fettstoff i blodet, inflammasjonsmarkørar og risiko for utvikling av trombose (Aas, 2011, s.123-129). Eit ideelt kosthald ved diabetes bør innehalde fem om dagen. Spesielt er auka inntak av grønnsaker sentralt i diabeteskosten, då eit høgt inntak av grønnsaker er gunstig for førebyggjing av hjarte- og karsjukdommar. Frukt er ei matvare som gjev rask blodsukkerstiging, og diabetikarar bør begrense fruktinntaket til 3 porsjonar dagleg (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 340-341). Det er viktig å redusere mengda sukker i kosten, då sukkeret gjev store blodsukkersvingingar. Kosthaldet bør også innehalde lite metta fett, og fleire ein- og fleirumetta fettsyrer. Ein bør kutte ned på kvitt mjøl og sukker, samt minske saltinntaket (Hanssen & Aas, 2012, s.406-409). For å kunne gjennomføre desse tiltaka er det naudsynt med opplæring. Alle pasientar med nydiagnostisert diabetes type 2 har rett til god opplæring til dømes gjennom eit startkurs (Helsedirektoratet, 2017).

3.4 Relasjonskompetanse og kommunikasjon i pasientarbeid

Relasjonskompetanse handlar om å forstå og å samarbeide med dei menneska vi møter i yrket vårt. Som sjukepleiar må ein vere i stand til å etablere ein relasjon til pasienten, og klare å vedlikehalde denne over tid. Relasjonskompetanse handlar òg om å kjenne seg sjølv, og å forstå pasienten si oppleving av situasjonen han er i (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 9-11). Kommunikasjon er eit av dei viktigaste verkty for å etablere ein relasjon (Kristoffersen, 2014, s. 216-221). Når ein kommuniserer med pasienten må ein fokusere på vedkomande, og vere bevisst på kva han seier og uttrykkjer, og korleis han gjer det. Ein lyt fokusere på kroppsspråket og stemma til pasienten. Å lytte til pasienten

og rette all merksemd mot han er viktig for at pasienten skal føle seg høyrte (Tveiten, 2016, s. 193). Når sjukepleiaren sine handlingar syner at ein forstår pasienten, vil dette ha ein positiv verknad på relasjonen. At pasienten føler seg forstått skapar tillit og tryggleik, og å føle seg forstått er viktig for å kunne gjere ei endring (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 27).

3.5 Pedagogiske aspekt ved rettleiing

Som sjukepleiar har ein eit ansvar for å sikre at pasienten får informasjon om korleis å fremje helse og førebyggje sjukdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Jf. Spesialisthelsetenestelova §3-8 er opplæring av pasientar og pårørande ei av sjukehusa sine lovpålagte oppgåver (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8). Sjukepleiar som skal rettleie pasientar må ha kjennskap til vedkomande sitt kunnskapsnivå om sjukdommen og behandlinga, og kva føresetnadar pasientane har for å skjønne det som vert formidla. I forkant av livsstilsintervensjon må ein kartlegge personen sine kostvanar, grad av fysisk aktivitet, røykjevandar og alkoholforbruk. Deretter dannar ein individuelle råd ut frå dette, og ut frå om personen er normalvektig eller overvektig (Sagen, 2011, s. 38-39).

Når pasienten skal legge om kost- og aktivitetsvanar, er det viktig at vedkomande ser at resultatet er verd dei anstrengingane som høyrer med slike endringar. Å finne motivasjonsnivået til pasienten er om lag like viktig som å gje råd og informasjon (Aas, 2011, s. 139). Det er mange forhold som kan påverke pasienten si evne til å ta til seg kunnskap. Som sjukepleiar må ein vere merksam på kva som opptek pasienten i situasjonen. Praktiske forhold som til dømes at han skal på ei undersøking seinare på dagen kan oppta vedkomande, og redusere merksemda mot den aktuelle samtalen og innhaldet i den. Ein må legge til rette for at læringsmiljøet er best mogleg for pasienten. Det er viktig å sørgje for at det er ro i situasjonen, og at samtalen går føre seg i omgjevnadar som krev minst mogleg merksemd. Ikkje minst lyt sjukepleiaren sørgje for å nytte passeleg ordbruk og å halde seg på eit forståeleg nivå under rettleiing av pasienten (Tveiten, 2016, s. 84-87). Ein kan nytte seg av ulike brosjyrer, oppskriftsbøker eller faktaark om til dømes mat, ernæring og trening. Diabetesforbundet, Helsedirektoratet og diverse matvareprodusentar har ulikt gratismateriell ein kan dele ut til pasienten (Aas, 2011, s. 144-145). Helsepersonell har viktig medisinsk kunnskap om diabetes, medan pasienten har kunnskap om seg sjølv og sin kvardag. Utveksling av kunnskap og erfaring mellom helsepersonell og pasient kan gje fruktbare resultat dersom dei utnyttar kvarandre sin kompetanse (Allgot, 2011, s.208).

3.6 Motiverande intervju som metode

Ved å ta i bruk motiverande intervju som eit verkty, kan ein prøve å motivere pasienten til å gjere ei endring knytt til helse si. Motiverande intervju baserer seg på ei forståing av at endringsprosessar kan ha to fasar, der motivasjonsarbeidet er den sentrale oppgåva i den første fasen, og

gjennomføringa er viktig i den andre. I eit motiverande intervju er hensikta å gjere motivasjonsprosessen til hovedfokus i samtalen. Pasienten sine tankar og kjensler rundt å gjere ei endring skal utforskast, og via rettleiing skal pasienten byrje å tenkje på å gjere ei endring. Pasienten skal få forståelse for kvifor han skal utføre ei endring, og deretter motiverast og rettleiast til korleis å gjere det (Barth, Børtveit & Prescott, 2013, s. 16-17). Di større endringar ein skal innføre, di meir vanskeleg vil det verte å følgje opp råda over tid. Det er vanskeleg å endre dei vanane ein har innarbeidd, då det er gode grunnar for at ein har etablert nettopp desse vanane. Middagsval baserer seg til dømes på kva familien likar og kor god tid ein har til rådighet i løpet av dagen (Aas, 2011, s. 140).

Innanfor motiverande intervju dreg ein fram fire psykologiske fenomen som kan gje utfordringar ved samtalar om endring. Ambivalens til endring og usikkerheit på eiga meistring er to av desse fenomena. Ein legg til grunn at ein pasient som har fått diagnostisert diabetes er villeg til å endre livsstilen sin for å minske risiko for komplikasjonar og tidleg død. Det syner seg derimot ikkje alltid å vere slik. Nokre let seg motivere etter å ha opplevd ein negativ konsekvens av handlingane sine, medan andre held fram som før. Pasienten kan vere usikker på eigne føresetnadar for å utføre ei endring, og dette er gjerne knytt til at ein tidlegare har blanda erfaringar rundt det å endre levevanar (Barth et al., 2013, s. 18-20).

4 Resultat og funn

4.1 Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland

I Finland har det vore gjort ein studie på oppfølginga til diabetespasientar frå legar og sjukepleiarar i primærhelsetenesta. Her såg dei på 129 videoinnspelinger frå ulike konsultasjonar mellom 17 pasientar og deira legar og sjukepleiarar. Desse konsultasjonane var ein del av oppfølging og diabetesrådgjeving til pasientar med diabetes type 2. Hensikta med denne studien var å sjå på kvaliteten av rådgjevinga innan kosthald og fysisk aktivitet som vart gjeve, og å sjå på kva aspekt som vart diskutert under dei ulike konsultasjonane. Resultatet av denne studien synte at legane og sjukepleiarane brukte lite tid på å rettleie pasientane innan kosthald og fysisk aktivitet. Fokuset var sentrert rundt aspekt som til dømes kolesterolnivå, og sjølv samtalen bar preg av korte spørsmål og minimal tilbakemelding frå begge partar. Sjølv om pasientane ynskte å snakke om ulike faktorar knytt til motivasjon og fysisk aktivitet, vart ikkje dette temaet spesielt vektlagt av helsepersonellet. Ein greidde ikkje å understreke viktigheita av rett kosthald og auka fysisk aktivitet som supplerande diabetesbehandling for pasientane (Poskiparta, Kasila & Kiuru, 2006).

4.2 Outcomes monitoring of health behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes

Ein studie frå USA hadde som hensikt å sjå på livsstilsendingar hjå pasientar med type 2 diabetes som mottok ernæringsretteiing av kosthaldseksperter. Her fulgte dei totalt 208 pasientar med diabetes type 2 i seks månadar. Pasientane fekk retteiing innanfor kosthald og fysisk aktivitet, og ein såg på individuell endring, måloppnåing og livskvalitet etter tre og seks månadar.

Vekt, kroppsmasseindeks og langtidsblodsukker var betydeleg forbetra etter seks månadar med oppfølging. Dessutan hadde risikoen for utvikling av hjarteskjukdom minka. Pasientane følte sjølv at dei hadde betre helse, og ein kunne også sjå at dei hadde mindre fråvær frå arbeidsplassen enn tidlegare. Dei kliniske forbetringane var størst frå starttidspunktet og fram til tre månadar etter oppstart, men ein såg ei stabilisering frå tre månadar og fram til seks månadar etter at studien var starta. Ein såg at det var behov for kontinuerleg oppfølging for å oppretthalde forbetring i blodsukkeret (Lemon, Lacey, Lohse, Hubacher, Klawitter & Palta, 2004).

4.3 Five-year survey of Wellington practice nurses delivering dietary advice to people with type 2 diabetes

I 2007 starta nokre forskarar i Wellington ein studie som skulle gå over fem år. Hensikta med denne studien var å undersøkje om praktiserande sjukepleiarar hadde tilstrekkeleg kompetanse og ressursar til å gje kosthaldsretteiing til pasientar med type 2 diabetes. Deretter skulle ein ta føre seg om det hadde skjedd ei endring fem år etter. Dei laga eit spørjeskjema med 15 spørsmål som vart sendt ut til 151 sjukepleiarar. Her stilte dei spørsmål som tok føre seg mellom anna rutiner ved rådgjeving til pasientar, kva for ressursar som vart nytta i arbeidet, og kor vidt sjukepleiarane følte seg komfortable med denne type arbeid. Eit revidert spørjeskjema vart sendt til 150 sjukepleiarar i 2012.

Både i 2007 og 2012 synta resultatata at sjukepleiarane utgjorde ein vesentleg del av diabetesrådgjevinga i primærhelsetenesta, men at dei hadde begrensa med tid. Ressursane var tilfredsstillande, og dei fleste sjukepleiarane var komfortable med å gje denne type rådgjeving. Ein såg òg at dei fleste sjukepleiarane vurderte pasienten sin diett før dei gav kosthaldsretteiing. Dette gjorde dei ved å gjennomføre hurtige vurderingar knytt til pasienten sitt gjennomsnittlege daglege matinntak. Ein såg at den faktiske tida sjukepleiarane hadde til rådighet var knapp. I 2007 svarte sjukepleiarane at tida dei brukte på kosthaldsretteiing låg på 10-30 min. Til samanlikning svarte sjukepleiarane i 2012 at tida dei brukte på kosthaldsretteiing då låg på 4-15 min (Strong, Lyon, Stern, Vavasour & Milne, 2014).

4.4 «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her»

Tjelta & Holsen utførte i 2013 ein studie der dei ynskte å sjå på betydinga av poliklinisk pasientopplæringskurs for meistring av diabetes type 2. Målet med pasientopplæringa var å gjere den enkelte pasient i stand til å mestre endringane som oppstår med diagnosen diabetes type 2, samt å fremje helse og livskvalitet. Kurset fokuserte på fakta om fysisk aktivitet og diabetes, samt den generelle helsegevinsten ein får ved regelmessig fysisk aktivitet. Totalt var det 16 deltakarar i studien, henholdsvis 12 menn og 4 kvinner. Kriteria for å vere med var at ein hadde diabetes type 2, og hadde delteke på pasientopplæringskurset for minimum 3 månadar sidan. Studien vart gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervju der ein fokuserte på spørsmål vedrørande opplevingar og erfaringar med å leve med diabetes type 2 (Tjelta & Holsen, 2013).

Det var stor semje i gruppene om at kunnskap om kosthald og ernæring var viktig for å mestre og leve godt med diabetes. Pasientane var opptekne av kvardagskosten si betyding for vidare utvikling av sjukdommen. Større bevisstgjerjing på kosten si betyding førte med seg eit aukande behov for meir kunnskap om kost, større påseie på porsjonar og innkjøp av rette matvarer. Deltakarane meinte at det var mange matvarer som var sjølvagte at dei burde halde seg unna. Nokre matvarer var likevel ikkje så sjølvagte, og dei vart overraska over at enkelte matvarer ikkje var så bra for dei. For nokre hadde fysisk aktivitet større fokus enn kosthald. Fleire av deltakarane snakka om at dei hadde blitt meir fysisk aktive etter at dei fekk diabetes. Deltakarane var opptekne av korleis dei sjølv til ei viss grad kunne påverke utviklinga av sjukdommen gjennom fysisk aktivitet. Enkelte opplevde at det var vanskelegare å kome i gang med fysisk aktivitet. Dei hadde kunnskap om dette men greidde ikkje å kome i gang med regelmessig trening. Fleire meinte at dei kunne ha gått på kurs tidlegare i forløpet. Dei meinte dette burde vere eit tilbod ein blei gjort kjent med når ein fekk diagnosen. Ein deltakar hadde fått lite oppfølging og informasjon frå helsetenesta i den første fasen av sjukdommen og meinte at det gjekk for lang tid frå diagnosen vart stilt og til ein fekk delta på kurs (Tjelta & Holsen, 2013).

5 Drøfting

5.1 Å skape ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient

Å kommunisere og samhandle med pasientar er ein sentral del av sjukepleiaryrket. Då er det viktig at ein har relasjonskompetanse, og evne til å etablere ein relasjon til pasienten. Relasjonskompetanse handlar om å forstå og å samarbeide med dei vi møter i yrket vårt (Røkenes & Hanssen, 2013, ss. 9-11). Kommunikasjon er avgjerande for å kunne etablere ein relasjon (Kristoffersen, 2014, s. 216-221). For å gje pasienten anbefalte livsstilsråd, må ein skape ein relasjon med vedkomande. Dette kan føre til at sjukepleiaren kan få ei auka forståelse for pasienten sin situasjon, medan pasienten kan verte tryggare på sjukepleiaren som person. Det er viktig at ein som sjukepleiar er trygg på seg sjølv og er

komfortabel med å gje rådgeving og opplæring. Dersom ein ikkje er komfortabel med situasjonen i det heile, kan kvaliteten på opplæringa gjerne verte redusert, og kanskje greier ein ikkje å få ynskt budskap fram til pasienten. Ein studie som føregjekk mellom 2007 og 2012, synte at dei fleste sjukepleiarar som jobba i primærhelsetenesta i Wellington, var komfortable med å gje kosthaldsrettleiing til pasientar med diabetes type 2 (Strong et al., 2014). Ressursane til sjukepleiarane var tilfredsstillande, men tida dei hadde til rådighet var knapp. Gjennomsnittleg tidsbruk på rettleiing låg i 2012 på 4-15 minutt (Strong et al., 2014).

Dersom ein ser på studien som vart gjort i Finland, ser ein at legane og sjukepleiarane brukte lite tid på å rettleie pasientane innan kosthald og fysisk aktivitet. Samtalen mellom helsepersonell og pasient bar preg av korte spørsmål og minimal tilbakemelding frå begge partar (Poskiparta et al., 2006). Dette gjev eit bilete av at kommunikasjonen og relasjonen gjerne ikkje er tilfredsstillande mellom dei involverte partane. Sjølv om pasientane ynskte å snakke om ulike faktorar knytt til motivasjon og fysisk aktivitet, var dette ikkje noko som var vektlagt av helsepersonellet (Poskiparta et al., 2006). I samhandlingane som er skildra her kan ein stille seg kritisk til kor vidt pasientane har følt seg høyrte og sett. Det kan vere fleire årsaker til at samhandlinga mellom pasient og helsepersonell har vore såpass kort. Ut frå mine eigne kliniske praksisar, har eg sett at tid kan vere ei mangelvare i helsesektoren. Ei sengepostavdeling kan til tider ha eit særskilt hektisk arbeidstempo og kvar enkelt sjukepleiar kan ha ansvar for mange pasientar kvar. Det kan då vere utfordrande for sjukepleiaren å disponere og prioritere tida si. På den andre sida kan ein på sengepost også ha vesentleg rolegare dagar med færre antal pasientar. Då kan det vere meir høve til å samtale med pasientane. Det vert likevel ikkje rett ovanfor pasienten at kvaliteten på rådgevinga skal stå og kvile på tidspresset i avdelinga i den aktuelle perioden dei er innlagt. Ein kan også stille spørsmål ved kor godt ein klarar å kommunisere og å skape ein relasjon i løpet av 15 minutt. Det er dermed viktig å sjå på korleis sjukepleiaren best kan bruke den pedagogiske og rettleiande fagkunnskapen sin, for å lukkast ut frå dei aktuelle ressursane ein har tilgjengeleg.

Når ein kommuniserer med pasienten skal ein sørge for at vedkomande føler seg sett, og vere bevisst på kva vedkomande seier og gjer. Dette skal ein gjere for å danne seg eit bilete av korleis pasienten har det. Ein skal vere observant på korleis pasienten uttrykkjer seg, og fokusere på stemma og kroppsspråket til vedkomande. Å lytte og rette all merksemd til pasienten er viktig for at vedkomande skal føle seg høyrte (Tveiten, 2016, s. 193). Når sjukepleiaren sine handlingar syner at ein forstår pasienten, vil dette vere avgjerande for relasjonen deira. At pasienten føler seg forstått skapar tillit og tryggleik, og dette er viktig for at pasienten skal kunne klare å gjere ei endring (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 27).

5.2 Sjukepleiaren si oppgåve i behandling av diabetes type 2

Den grunnleggande behandlinga ved diabetes type 2 er ei livsstilsbehandling (Sagen, 2011, ss. 38-39).

For at pasienten skal kunne gjennomføre ei slik behandling, er han avhengig av rettleiing og opplæring. Det er nærliggande å tru at det tek tid for pasienten å sette seg inn i kva det vil seie å utføre ei livsstilsending. Pasienten må forstå kva for endringar han skal gjere før det kan settast i verk tiltak. Ved å syne til gjennomført forskning, kan ein gje pasienten eit bilete av at det er mogleg å få ei betre helse ved å gjennomføre livsstilstiltak. Forsking har synt at pasientar som har motteke livsstilsrettleiing, har oppnådd vekt nedgang og forbetra langtidsblodsukker etter seks månadar med oppfølging (Lemon et al., 2004). I Finland har det vore forska på kvaliteten av pasientrådgjeving innan fysisk aktivitet og kosthald, og det synte seg at nettopp desse to emna ikkje var vektlagt av helsepersonellet. Ein lukkast dermed ikkje i å understreke viktigheita av rett kosthald og fysisk aktivitet som behandling av sjukdommen (Poskiparta et al., 2006).

Ut frå forskinga kan vi sjå at sjukepleiaren har eit ansvar for å formidle viktigheita av rett behandling til pasienten. På den eine sida ser vi at god rettleiing og tett oppfølging kan gje gode resultat, og at dei anbefalte behandlingsmetodane kan ha god verknad på helse. På den andre sida ser vi at dersom dette ikkje vert vektlagt av helsepersonellet, vil det ikkje gje pasientane dei føresetnadane dei treng for å lukkast med behandling. Opplæring og rettleiing er ein føresetnad for å kunne drive eigenbehandling, og noko pasientane dessutan har rett til å få ved nydiagnostisert diabetes type 2 (Helsedirektoratet, 2017). Pasientopplæring er dessutan ei av spesialisthelsetenesta sine lovpålagte oppgåver (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8). Når opplæringa er lovpålagt, har spesialisthelsetenesta eit ansvar for at dette vert fullført på ein tilfredsstillande måte. Dette krev ressursar og kompetanse. Ein må sikre at dei rette aspekta ved behandlinga vert vektlagde, og at helsepersonell er klar over kva den essensielle rettleiinga skal bestå av. Pasientane treng tilstrekkeleg og tilpassa informasjon for å kunne ta sjølvstendige avgjersler i behandlinga, og sjukepleiaren må sikre seg om at informasjon som vert gjeven er forstått av pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Sjukepleiaren skal hjelpe pasienten med førebyggjing og meistring av sjukdom og lidning (Kristoffersen, 2014, ss. 216-221). Som sjukepleiar skal ein òg underbyggje håp, meistring og livsmot hjå pasientane (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Ved å rettleie og gje pasienten rådgjeving knytt til livsstilsending, kan ein oppnå at pasienten kan kjenne på meistring og håp. På den andre sida kan det også vere overveldande for ein pasient å skulle bearbeide mykje ny informasjon. Forsking har synt at pasientar som deltek på polikliniske meistringskurs for diabetes type 2, har særskilt godt utbyte av dette (Tjelta & Holsen, 2013). Det synte seg derimot at pasientane følte at slike kurs burde kome mykje tidlegare i sjukdomsforløpet, og at den første informasjonen dei fekk på sjukehuset gjerne var

mangelfull. Spesielt etterspurte pasientane meir grunnleggande informasjon rundt kosthald (Tjelta & Holsen, 2013).

Når ein ser at pasientane ynskjer meir informasjon om kosthald, bør ein vektlegge dette ekstra (Tjelta & Holsen, 2013). Kanskje er også kosthald noko av det vanskelegaste, då dette er ein stor del av kvardagen. Ein skal tilpasse samtlege måltid gjennom ein heil dag slik at dei er ideelle for blodsukker og god helse. Ut frå gjennomført forskning, kan ein sjå at enkelte pasientar var opptekne av korleis dei kunne påverke utvikling av sjukdommen ved hjelp av fysisk aktivitet. Nokre av pasientane synest det var vanskeleg å kome i gang med fysisk aktivitet, sjølv om dei hadde kunnskap om det (Tjelta & Holsen, 2013). Dette kan gje oss eit bilete av at pasientane gjerne tenkjer vanskelegare kring fysisk aktivitet enn kva som er naudsynt. Minimumskravet er at ein gjennomfører fysisk aktivitet i 30 minutt kvar dag (Vaaler & Møinichen, 2014, s. 90). Dette er ei konkret og enkel anbefaling, og pasienten kan tilpasse aktiviteten til noko ein trivst med. Dersom pasienten ynskjer å gå tur i 30 minutt er dette tilstrekkeleg. Det er viktig å understreke at det er opp til pasienten sjølv å bestemme kva aktivitet han ynskjer, og at ein som sjukepleiar ynskjer å rettleie på vegen mot målet. Når pasienten har fleire valmoglegheiter, kan det vere at endringane virkar meir overkommelege. Dersom pasienten til dømes hadde fått utlevert eit treningsprogram som skulle følgjast kvar dag, kunne dette truleg vore vanskelegare for vedkomande å gjennomføre.

Kosthaldsanbefalingane er gjerne meir komplekse, då det er fleire moment og samansetningar som skal stemme for at kosthaldet kan betraktast som diabetesvennleg. I studien til Tjelta & Holsen uttalte ein av pasientane som deltok at det ikkje alltid var like innlysande kva for matvarer ein kunne ete og ikkje. Enkelte matvarer peika seg ut som sjølvsagte at ein skulle halde seg unna, medan andre ting var overraskande at ein ikkje kunne ete (Tjelta & Holsen, 2013). Dei sentrale anbefalingane knytt til diabeteskost er mellom anna at dagskosten bør innehalde fem om dagen. Når ein tenkjer på fem om dagen tenkjer ein gjerne at grønnsaker og frukt er likestilte. For diabetikarar bør det gjerne ikkje vere slik. Då frukt inneheld ei naturleg mengd med fruktsukker, kan dette gje rask blodsukkerstigning. Ein bør difor begrense inntaket til tre gonger dagleg (Sjøen & Thoresen, 2012, ss. 340-341). Det er forståeleg at dette ikkje er innlysande for pasientane, då ein elles i samfunnet dannar seg eit bilete av frukt som utelukkande sunt. Det kan dermed vere ideelt at sjukepleiaren fokuserer på slike små detaljar som i den store samanhengen kan ha stor verknad på blodsukkeret. Andre matvarer som truleg er meir innlysande for pasientane at ein skal kutte ned på, er sukker. Ein får store blodsukkersvingingar av sukker, og diabetespasientar bør begrense inntaket. Mengda salt i maten bør minskast, og i tillegg bør kosthaldet innehalde lite meitta feitt, og fleire ein- og fleirumetta feittsyrer (Hanssen & Aas, 2012, s. 406-409). For at pasienten skal kunne klare å tilpasse kosten sin mot desse råda, er det viktig at vedkomande veit kva for matvarer ein bør begrense. Dersom

pasienten er usikker på kva for matvarer dette gjeld, kan det verte vanskeleg for pasienten å skulle legge opp til eit ideelt kosthald. Sjukepleiar kan gjerne også informere om aktuelle alternativ ein kan nytte i staden.

5.3 Korleis motivere pasienten til å gjere endringar?

For at pasienten skal legge om kost- og aktivitetsvanar må vedkomande forstå at resultatet som kjem av slike endringar har helsemessig gevinst. Kosthaldsvanane ein har i kvardagen er tufta på tradisjon, tid og økonomi. Middagsvala baserer seg til dømes på kva familien likar, og kor god tid ein har til rådighet (Aas, 2011, s. 140). Dette kan kome i konflikt med diagnosen diabetes type 2, og kan vere ein demotiverande faktor for pasienten. Å finne motivasjonsnivået til pasienten er om lag like viktig som å gje råd og informasjon (Aas, 2011, s.139). Motiverande intervju er ein metode ein kan nytte seg av for å finne pasienten sitt motivasjonsnivå. Her tek ein utgangspunkt i å finne motivasjonsnivået før ein tek til på gjennomføring av tiltak. Pasienten skal få forståelse for kvifor å gjere ei endring og deretter skal sjukepleiar motivere og rettleie han til å gjere det (Barth et al., 2013, ss. 16-17). Sjukepleiaren må få fram pasienten sine tankar og kjensler rundt det å endre på kosthalds- og aktivitetsvanar. Her kan ein prøve å oppmode pasienten til å sette seg eit oppnåeleg mål. Dersom ein kan finne fram til den største motivasjonsfaktoren pasienten har, kan ein byggje vidare på dette for at pasienten skal nå målet sitt.

Pasienten kan ha dårleg erfaring knytt til livsstilsendringar. Kanskje har vedkomande tidlegare prøvd å gå ned i vekt eller å oppretthalde eit sunt kosthald, uten å lukkast. Dette kan gjere pasienten demotivert. Dersom pasienten fokuserer på at han ikkje kjem til å lukkast, kan det vere ei utfordring å finne pasienten sin motivasjon (Barth. Et al., 2013, ss.18-20). Nokre kan derimot late seg motivere av dei negative konsekvensane som kan oppstå dersom dei ikkje set i verk tiltak. Som sjukepleiar må ein prøve å finne fram til den enkelte sin motivasjon, og prøve å vekkje denne til liv. Det er berre pasienten som kan vite kva slags mål som er realistiske å gjennomføre på kort og lang sikt, og til sjuande og sist er det også pasienten sitt val om han ynskjer å gjere endringar eller ei (Aas, 2011, s. 139). Det kan vere utfordrande for ein sjukepleiar dersom pasienten ikkje er interessert i å gjere endringar, eller ikkje ynskjer å ta i mot råd. Som sjukepleiar sit ein inne med viktig medisinsk kunnskap om korleis ein kan gå fram for å å ei betre helse. For sjukepleiaren kan det gjerne vere sjølvsgatt at ein skal gjere det beste for å ta vare på helsa si, medan det for enkelte pasientar gjerne ikkje har like stor verdi. Det er då viktig at sjukepleiaren respekterer den enkelte pasienten sitt val, og behandlar vedkomande med verdighet sjølv om vedkomande ikkje ynskjer å føreta ei livsstilsendring (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Helsepersonell har viktig kunnskap om diabetes, medan pasienten sit inne med verdifull kunnskap om seg sjølv og si eiga helse. Ei utveksling av kunnskap vil kunne vere fruktbart både for relasjonen, men også ei styrke for sjukepleiaren (Allgot, 2011, s. 208). Her kan

sjukepleiar sette seg betre inn i pasienten sin situasjon, og det er difor viktig at ein gjev rom for at pasienten kan kome med innspel og meiningar kring eiga helse og endringsmotivasjon.

5.4 Den rettleiande samtalen i praksis

Når ein ser på sjølvne samtalen mellom pasienten og sjukepleiaren er det fleire aspekt det er viktig å legge vekt på. Det er fleire forhold som kan påverke om pasienten greier å ta til seg kunnskap. Ein må vurdere kor vidt pasienten er deltakande i samtalen. Dersom pasienten skal på ei undersøking seinare på dagen kan dette oppta vedkomande og merksemda mot den aktuelle samtalen vert redusert (Tveiten, 2016, ss. 84-87). Sjukepleiaren lyt samtale med pasienten ut frå dei ressursane ein har, og ein må prøve å få mest mogleg ut av samtalen. Sjukepleiaren må sikre seg at læringsmiljøet er mest mogleg optimalt. Sjukepleiaren som skal rettleie pasientar må ha kjennskap til vedkomande sitt kunnskapsnivå om sjukdommen og behandlinga, og kva føresetnadar pasienten har for å skjønne det som vert formidla (Sagen, 2011, s. 38-39). Di større endringar ein skal innføre, di meir vanskeleg vil det vere å følgje opp råda over tid (Aas, 2011, s. 140). Det er difor viktig av sjukepleiaren å legge informasjonen og råda fram så enkelt som mogleg. Sjukepleiaren må nytte passeleg ordbruk, og halde seg på eit nivå som pasienten har føresetnadar for å forstå (Tveiten, 2016, ss. 84-87). Dersom ein brukar faglege ord og uttrykk som personar utan helsefagleg utdanning ikkje forstår, greier ein ikkje å formidle informasjon på ein forståeleg måte.

Gjennom kliniske praksisar har eg tileigna meg kunnskap om pasienten sine føresetnadar for å ta til seg kunnskap og informasjon. Her har eg sett at tid på døgeret kan vere ein aktuell faktor for påverknad. Å rettleie tidleg om morgonen eller seint om kvelden kan vere ugunstig, då pasienten gjerne ikkje er tilstrekkeleg vaken og opplagt. Vidare er det viktig at det er ro i situasjonen der samtalen går føre seg, og at det er lite forstyrringar i omgjevnadane (Tveiten, 2016, s.84-87). Det er ikkje optimalt å ta ein slik rettleiingssamtale til dømes på eit firemannsrom på avdelinga, kring andre pasientar og ulike forstyrringar. Dette skapar ikkje ro mellom pasient og sjukepleiar. Dersom det er mogleg, bør ein freiste å vere åleine i eit rom, eventuelt saman med pårørande dersom dette er ynskjeleg. For å sikre at pasienten hugsar tilstrekkeleg med informasjon, kan ein dele ut ulike brosjyrer og bøker om emnet (Aas, 2011, s.144-145). Då har pasienten informasjonen nedskrive, slik at den kan lesast i ro og fred når det høver. Slik får pasienten ei moglegheit til å reflektere over innhaldet etter endt samtale.

6 Konklusjon

Gjennom teori og drøfting har eg teke føre meg korleis sjukepleiar kan rettleie pasientar til ei livsstilsendring. Sjukepleiaren må ta i bruk den sjukepleiefaglege kompetansen sin innanfor ei rekkje område. Ein er avhengig av relasjonsetablering, samt å nyttegjere seg av pedagogisk kunnskap for å rettleie pasientane sine. Ein må legge til rette for at pasienten har best moglege føresetnadar for å kunne rettleiast. Sjukepleiaren må ha god kunnskap og forståelse for sjukdommen og behandlinga, og greie å legge denne fram på ein forståeleg måte for pasienten. Ein bør legge særskild vekt på kosthald og mat, då ein ser at dette er noko pasientane ynskjer meir kunnskap om. Gjennom teorien kan ein sjå at ein må finne pasienten sitt motivasjonsnivå for å kunne rettleie han på vegen mot målet. Det syner seg at sjukepleiarar gjerne ikkje alltid har dei nødvendige tidsressursane for å rettleie pasientar. Det er likevel viktig at sjukepleiaren nyttar den tida og dei ressursane ein har til rådighet, då litt rettleiing truleg er betre enn inga rettleiing i det heile. Dersom pasientane får god rettleiing som er tilpassa den enkelte, kan dei klare å gjere ei livsstilsendring.

Det er mogleg at vi ut frå teorien kan sjå eit behov for særskild auka kunnskap og fokus på kosthaldet ved diabetes type 2. Det kan gjerne også vere behov for meir forskning som syner prognosar og helsetilstand hjå pasientane ein del år etter stilt diagnose og gjennomført livstiltiltak.

Bibliografi

- Diabetesforbundet. (2017). *Diabetes type 2*. Henta frå <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>
- Jenssen, T. (2014). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 385-388). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2014). Om sykepleie. I. E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 16-23). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Vaaler, S. & Møinichen, T. (2014). Behandling av type 2-diabetes. I S.Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thidemann, I.J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2014). *Menneskekroppen – Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I Skafjeld & Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 38-40). Oslo: Akribe AS.
- Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I Skafjeld & Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 123-145). Oslo: Akribe AS.
- Hanssen, K. F. & Aas, A-M. (2012). Diabetes mellitus. I C. A. Drevon & R. Blomhoff (Red.), *Mat og medisin* (s. 406-409). Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I. E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 216-221). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I Skafjeld & Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 38-40). Oslo: Akribe AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 7.februar 1999 nr. 61. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for diabetes*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf>
- Barth, T, Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2013). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 206-210. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430600866463>
- Lemon, C., Lacey, K., Lohse, B., Hubacher, D.O., Klawitter, B. & Palta, M. (2004) Outcomes monitoring of health behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*, 104 (12), 1805-1815. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.09.024>
- Strong, A.P., Lyon, J., Stern, K., Vavasour, C., Milne, J. (2014) Five-year survey of Wellington practice nurses delivering dietary advice to people with type 2 diabetes. *Nutrition & Dietetics*, 71. 22-27. doi: 10.1111/1747-0080.12049
- Tjelta, M. & Holsen, I. (2013). «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her». *Nordisk sygeplejeforskning*, 3, 193-205.
- Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf