

# BACHELOROPPGAVE

## Pasienter med diabetes i hjemmesykepleien

Hvordan rettlede pasienter med diabetes i hjemmesykepleien til å mestre blodglukosemåling og injeksjonsbehandling?

Av

Kandidatnummer 49, Nicole Therese Dysvik

Kandidatnummer 43, Tina Louise Tvedt

**Patients diagnosed with diabetes in the home care system.**

Emndekode og navn; SK 152, Bachelor i Sykepleie

Innleveringsdato: 27.mai.2016

Antall ord: 9806

Rettleder: Toril Midtbø

## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 49 og navn Nicole Therese Dysvik

JA  NEI

Kandidatnummer 43 og navn Tina Louise Tvedt

JA  NEI

# Sammendrag

**Tittel:** «Pasienter med diabetes i hjemmesykepleien».

**Bakgrunn for valg av tema:** Denne oppgaven omhandler pasienter med diabetes som er avhengig av hjelp fra hjemmesykepleien til glukosemåling og injeksjonsbehandling. Mange av pasientene vi besøkte da vi var i praksis i hjemmesykepleien ville ut fra vår vurdering ikke hatt noen problemer med å klare disse oppgavene på egenhånd dersom de hadde fått god rettleiing til dette. Å være avhengig av hjemmesykepleien flere ganger daglig betyr at pasienten blir mye mer bundet til hjemmet, og all aktivitet utenfor hjemmet blir begrenset. Dette er med på å redusere livskvaliteten til pasienten. Målet for oss er derfor å finne ut hvordan sykepleier kan gi best mulig rettleiing til diabetespasienter slik at de kan gjenopprette fullstendig egenomsorg.

**Problemstilling:** *«Hvordan rettlede pasienter med diabetes i hjemmesykepleien til å mestre blodglukosemåling og injeksjonsbehandling?».*

**Framgangsmåte:** Oppgaven er en litteraturstudie, og baseres både på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og egne erfaringer fra praksis.

**Oppsummering:** Gjennom drøfting av litteratur, forskning og egne praksiserfaringer ser vi at sykepleiers veiledende rolle er viktig for at pasienter med diabetes i hjemmesykepleien skal mestre egenomsorgen sin. Vi ser at en empatisk tilnærming, gode relasjoner, brukermedvirkning og individualisert informasjon er svært viktig i møte med denne pasientgruppen. Det framkom i ulike studier at flere diabetikere mente det var store variasjoner i kunnskapsnivået til helsepersonell, og at de sjeldent hadde tid til informasjon og samtale. Dette er to punkter som også er viktig å ta hensyn til når en skal gi rettleiding. Personalet må ha tilstrekkelig med tid og god kompetanse innenfor området de rettleier i.

# Abstract

**Subject:** «Patients diagnosed with diabetes in the home care system».

**Background:** This assignment concerns diabetic patients who are completely dependent on help from their home nurse for measuring their glucose levels and managing their insulin injections. During our trainee period as a home nurse, many of the patients we visited would have no trouble managing their own measurements or injections, if they would have been demonstrated how to do so. Being absolutely dependent on a home nurse several times a day result in that the patients become resilient to leave their homes; and therefore activities outside the comfort of their homes are limited. This is contributing to the reduction of the quality of life for the patients. Our aim is to discover how a home nurse can give the best counseling and follow-up to diabetic patients so that they can recover complete self-care.

**Aim:** “How to counsel and guide diabetic patients that are receiving home care to master their own glucose measurements and managing their own insulin injections”

**Approach:** This report is a paper review based on curriculum literature, other relevant literature, research papers and observations from experiences from home nursing.

**Summary:** Through discussions based of literature, research result and practical experience we have a perception that the nurses key roles as counsellors is important for the diabetics receiving home care if the aim is that they can master their self-care.

We see that empathic approaches, good relations, user and individual based information are important handling this group of patients. Conclusions from different research studies is that diabetics felt that there were large variations in level of knowledge in the healthcare personnel, and that they rarely made time to share information, or initiate conversation with them. These are two key points that are important to consider when giving guidance. To give counselling and guidance the health care personnel must make decent time and have competence in the field of diabetes.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling med avgrensning .....	2
1.3	Oppgavens disposisjon .....	2
<b>2</b>	<b>Metode</b> .....	4
2.1	Beskrivelse av metode .....	4
2.2	Søke – og utvalgsprosessen .....	4
2.3	Valg av litteratur .....	5
2.4	Kildekritikk .....	6
<b>3</b>	<b>Teori</b> .....	7
3.1	Diabetes Mellitus .....	7
3.1.1	Diabetes type 2 .....	7
3.2	Sykepleierens pedagogiske funksjon .....	8
3.3	Motivasjon .....	8
3.3.1	Motiverende intervju .....	9
3.4	Mestring .....	10
3.5	Brukermedvirkning og empowerment .....	11
3.6	Dorothea Orems sykepleiemodell .....	12
3.6.1	Teorien om egenomsorg .....	12
3.6.2	Teorien om egenomsorgssvikt .....	13
3.6.3	Teorien om sykepleiesystemene og sykepleiens hjelpemetoder .....	13
3.7	Presentasjon av forskningsartikler .....	14
<b>4</b>	<b>Drøfting</b> .....	18
4.1	Case fra praksis .....	18
4.2	Hvordan skape trygghet hos pasienten om at han kan klare å måle blodsukker og å sette insulin på egenhånd? .....	18
4.2.1	Empatisk tilnærming .....	18
4.2.2	Etablere gode relasjoner med pasient .....	19
4.2.3	Brukermedvirkning .....	22
4.2.4	Individualisert informasjon .....	23
4.3	Hvordan legge til rette for rettleiing i en travel hjemmesykepleiekontekst? .....	25
4.3.1	Tiden setter grenser .....	25
4.3.2	Kompetanse .....	26

<b>5</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Bibliografi.....</b>	<b>29</b>

**Vedlegg 1**

## 1 Innledning

Ifølge folkehelse rapporten (2014) er antall personer med diabetes i Norge i tydelig vekst. Rapporten viser at i 2014 hadde vel 200. 000 personer i Norge diagnosen diabetes type 2. Dette utgjør i overkant 4 % av befolkningen. I tillegg er det et stort antall personer som ikke vet om at de har sykdommen. Diabetesforbundet (2016) sier at for hver 100 pasienter med kjent diabetes, kan det være mellom 50 og 100 med udiagnostisert diabetes i befolkningen. Det totale antallet personer som lever med diabetes type 2 i Norge vil da være mellom 300 000 og 400 000 når de udiagnostiserte er tatt med i regningen. Sagen skriver i sin bok fra 2011 at årsaken til at diabetes er i tydelig vekst har sammenhengen med stigende levealder, samt en stigende andel overvektige personer i befolkningen som medvirker til tiltakende insulinresistens.

Da samhandlingsreformen (St.meld nr 47, 2008-2009) ble innført 01.januar.2012 ble mange av sykehusoppgavene flyttet over til kommunehelsetjenesten. Kommunen skal ta større del i det forebyggende og rehabiliterende helsearbeidet enn de har gjort tidligere. Dette betyr blant annet at mer av ansvaret for oppfølging og veiledning av diabetespasientene blir lagt på sykepleierne ute i kommunene. Det er derfor viktig at sykepleierne har tilstrekkelig med kunnskap for å kunne gi pasienten et så godt utgangspunkt som mulig for å mestre sin kroniske sykdom og de endringer den måtte kreve. Sykepleierne trenger også økt kunnskap i forhold til å motivere pasientene til å gjøre de endringene som anses som nødvendige.

På grunn av samhandlingsreformen, samt det faktum at diabetes er i tydelig vekst, kommer sykepleierne i hjemmesykepleien til å møte flere og flere personer med diabetes i årene som kommer.

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Da vi var i praksis ved hjemmesykepleien kom vi ofte i kontakt med diabetespasienter, og for oss ble blodsuktermåling og injeksjon av insulin en rutinepreget del av hverdagen. Etter hvert begynte vi å tenke over hvorfor mange av pasientene ikke administrerte insulinbehandlingen og foretok blodsuktermålingen selv. Mange av pasientene var jo ellers friske og ville ut fra vår vurdering ikke hatt noen problemer med å klare dette på egenhånd. Pasientene kunne fortelle oss at årsaken var at de vegret seg for sprøyter, spesielt for å stikke dem på seg selv. De fortalte videre at de også var redde for å injisere enten feil

mengde eller feil type insulin. Disse bekymringene hang sammen med at de var usikker på konsekvensene dette kunne medføre, og føling var en fryktet tilstand.

Disse bekymringene mener vi henger sammen med at pasientene mangler kunnskap og forståelse om sykdommen, og hvordan den kan mestres på best mulig måte. Det er derfor veldig viktig at sykepleiere har kunnskap om denne sykdommen, slik at de kan gi pasienten god rettleddning i å mestre de utfordringer som denne diagnosen har. Ved at pasienten mestrer de utfordringer diabetes medfører kan han/hun slippe å være avhengig av helsehjelp, og de kan da meste egenomsorgen sin selv.

Pasienter som er avhengig av hjemmesykepleien flere ganger daglig blir bundet til hjemmet, og muligheten for sosial utfoldelse og aktivitet utenfor hjemmet blir betraktelig redusert. Ifølge Iversen (2013) opplever pasienter som har god egenkontroll over sykdommen og behandlingen bedre livskvalitet enn de som har er avhengig av mye hjelp. Vi ønsker derfor å se nærmere på hvordan sykepleier kan rettlede pasienter med diabetes i hjemmesykepleien til å oppnå egenomsorg slik at livskvaliteten bedres.

## **1.2 Problemstilling med avgrensning**

*«Hvordan rettlede pasienter med diabetes i hjemmesykepleien til å mestre blodglukosemåling og injeksjonsbehandling?»*

På grunn av oppgavens størrelse og omfang har vi avgrenset oss til diabetes type 2. Pasientgruppen vi har i fokus er menn og kvinner som får diabetes type 2 i voksen alder, som bor hjemme og som ikke har noen pleiebehov fra før av. Vi tar også utgangspunkt i pasienter uten kognitiv svikt. Oppgaven handler om hvordan hjemmesykepleieren kan bidra til at pasienten oppnår økt egenomsorg gjennom rettleddning om blodglukosemåling og injeksjonsbehandling. Vi ønsker allikevel å presisere at et tilpasset kosthold og fysisk aktivitet er en viktig og nødvendig del av behandlingen til diabetes type 2, og pasientene må derfor få informasjon og rettleddning angående disse områder for å klare å ivareta egenomsorgsbehovene sine. Vi kommer allikevel ikke til å fokusere på dette i denne oppgaven.

## **1.3 Oppgavens disposisjon**

Etter retningslinjene for oppgaveskriving til emne er oppgaven delt inn i fem hovedkapitler som videre er inndelt i flere underkapitler.



I kapittel 1, innledningen, begrunner vi valg av tema og presenterer problemstillingen med avgrensninger.

I kapittel 2, metode, innledes kapitelet med en kort presentasjon om hva en metode er, og videre beskrives litteraturstudiet som metode, samt søkeprosessen etter forskningsartikler. Valg av litteratur er et eget underkapittel i dette kapitelet som forteller om hvilke kilder som er blitt brukt i oppgaven. Tilslutt nevner vi kildekritikk.

I kapittel 3, teorikapitelet, gjøres det rede for teori som er relevant for å kunne svare på vår problemstilling. Det blir en kort presentasjon om diabetes og diabetes type 2. Videre blir det gjort rede for sykepleiers pedagogiske funksjon, motivasjon, mestring, brukermedvirkning og empowerment. Dorthea Orem sine teorier om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiersystemene blir også presentert i dette kapitlet. Tilslutt kommer en kort oppsummering av innholdet i forskningsartiklene vi har benyttet.

I kapittel 4, drøftingen, svarer vi på problemstillingen ved å bruke en case fra praksis. Drøftingen blir delt inn i 2 hoveddeler for å gjøre den mer oversiktlig.

I kapittel 5, konklusjon, gir vi en kort oppsummering av svar og funn gjort i oppgaven.

## 2 Metode

I dette kapitlet beskrives valg av metode, samt søke- og utvelgelsesprosessen og hvilke litteraturkilder som ligger til grunn for vår oppgave. Til slutt i kapitlet foretar vi en kritisk vurdering av kildene vi har brukt for å besvare problemstillingen.

### 2.1 Beskrivelse av metode

Ifølge Thidemann (2015) er metode en framgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Vi har valgt å benytte oss av et litteraturstudie som metode. Thidemann skriver videre at et litteraturstudium innebærer å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Dette betyr at man samler inn litteratur, går kritisk igjennom den og tilslutt sammenfatter det hele. Hensikten er å gi den som leser oppgaven vår en oppdatert og god forståelse av kunnskapen problemstillingen etterspør, og hvordan vi er kommet fram til kunnskapen.

Vi mener at ved et litteraturstudium er det en svakhet at man bruker andre sine meninger og funn, og man får derfor ikke forsket selv. Men fordelen ved å bruke denne metoden er at vi får tilegnet oss en bredere kunnskap, sett fra et mye større perspektiv.

### 2.2 Søke – og utvalgsprosessen

For å finne forskningsartikler har vi benyttet oss av databasene Swemed+ og Medline. Disse databasene synes vi er oversiktlig og enkel å søke i, og de inneholder enkeltstudier. I Swemed+ har vi brukt følgende søkeord: «*diabetes*», «*education*» og «*hjemmesykepleie*». I Medline brukte vi søkeordene: «*diabetes type 2*», «*self management*», «*patient education*» og «*barriers*». Vi brukte avgrensninger for å begrense søket. Gjennom søk i disse to databasene med overnevnte søkeord kom det opp mange artikler som vi mente sto i samsvar med vår oppgave. Ved å lese sammendrag i artiklene valgte vi dem som virket relevant og sorterte ut de som hadde mest relevans i forhold til vår problemstilling.

Videre har vi brukt to nettsider for å se om vi fant informasjon om norske studier angående diabetes. De to nettsidene vi har brukt er: [www.diabetes.no](http://www.diabetes.no) og [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no). På de to nettsidene fant vi navnet Bjørg Karlsen i en rekke fagartikler som handlet om diabetes. Deretter søkte vi på skolens sitt bibliotek etter studier skrevet av henne. Vi fikk da opp en studie vi mener er relevant for oppgaven vår.

Gjennom søk i de ulike databasene har vi kommet frem til følgende forskningsartikler:

- «*Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus*» av Åsa Kneck, Birgitta Klang og Ingegerd Fagerberg (2011).
- «*Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes*» av Bjørg Oftedal, Bjørg Karlsen og Edvin Bru (2010).
- «*Perceived barriers and effective strategies to diabetes self management*» av Jean Negelkerk, Kay Reick og Leona Meengs (2005).
- «*Vi går inn i det private rommet til pasienten. Sykepleiers erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske poliklinisk*» av Anne Svelstad Evju, Gøril Salomonsen Klette, Anne Kasen og Terese Bondas (2014).
- «*Hjemmesykepleiepraksis – hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis*» av Torill Sæterstrand, Solrun G. Holm, Berit S. Brinchmann (2015).

Hensikten og resultatet av de overnevnte forskningsartiklene blir presentert lengre nede i oppgaven, under teorikapittelet. Søkehistorikken blir lagt med som vedlegg (vedlegg 1).

### **2.3 Valg av litteratur**

I arbeidet med å finne relevant faglitteratur til oppgaven tok vi først for oss pensumlistene for de ulike fagene ved sykepleierutdanningen. Disse bøkene er allerede kvalitetssikret av høyskolen, og vi anser derfor disse kildene som pålitelige. I tillegg til pensumlitteratur har vi brukt selvvalgte bøker fra biblioteket, samt fem forskningsartikler. Hovedsakelig har vi brukt primærkilder der forfatteren har skrevet og bearbeidet stoffet selv, men i noen tilfeller har vi vært nødt å bruke sekundærkilde fordi vi ikke har hatt tilgang på primærkildene. En svakhet ved å bruke sekundærkilder er at forfatterens opprinnelige arbeid er blitt tolket av andre, og det er da en risiko at tolkningen er feil, noe som fører til at vi viderefører feiltolkningene.

Ellers har vi også brukt nettsiden til Diabetesforbundet, Folkehelseinstituttet, Apotek 1 og helsebiblioteket, samt pasient og brukerettighetsloven. Dette er kilder vi begge to betrakter som pålitelige.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en framgangsmåte som brukes for å fastslå om en kilde er pålitelig, og en må derfor karakterisere og vurdere kildene som benyttes. Hensikten med kildekritikk er å ta del i tankene og refleksjonen vi har gjort oss rundt relevans og gyldighet av litteraturen i forhold til problemstillingen vår (Dalland, 2012).

Når vi har søkt etter forskning har vi lagt inn i søkekriteriene at forskningen ikke skal være eldre enn 10 år gammel. Dette betyr at vi har funnet de nyeste og mest oppdaterte forskningene på dette området. Vi har også lagt vekt på at litteraturen som er brukt ikke skal være eldre enn 10 år. Et unntak er at vi har brukt Cavanagh sin bok fra 1999 som omhandler Dorothe Orem sine sykepleierteorier. Selv om boken er 17 år gammel betrakter vi den som en pålitelig kilde da teoriene til Orem ikke har endret seg siden den gangen boken ble skrevet.

Forskningsartiklene vi har funnet er bygd opp etter IMRaD strukturen, som betyr ifølge Thindemann (2015) at artiklene er bygd opp med innledning (I), metode (M), resultat (R) og diskusjon (D). Da vi valgte ut forskningen var vi oppmerksom på hvem som hadde gjennomført studiene, og hvilke relevant bakgrunn de hadde. Litteraturbøkene som er benyttet i oppgaven har vi funnet ved å søke på skolen sitt bibliotek, og ved å bruke pensumlitteratur fra de tidligere emnene vi har hatt.

4 av 5 forskningsartikler som er inkludert i denne oppgaven står på engelsk, og på bakgrunn av dette kan det ha skjedd en feiltolkning i oversettelsen til Norsk. Dette vurderer vi som en av oppgavens svakheter. Videre har vi brukt en case i drøftingen vår. Dette kan både være en styrke og en svakhet. Styrken er at vi får avgrenset oppgaven, mens svakheten er at bredden i drøftingen blir mindre.

### 3 Teori

I dette kapittelet presenterer vi det faglige grunnlaget for vår problemstilling: *hvordan rettlede pasienter i hjemmesykepleien til å mestre blodglukosemåling og injeksjonsbehandling*. Vi velger derfor å presentere teori om følgende temaer; diabetes og diabetes type 2, sykepleiers pedagogiske funksjon, motivasjon, mestring, samt brukemedvirkning og empowerment. Dorthea Orem sine teorier om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiersystemene blir også beskrevet. Tilslutt i kapittelet presenteres resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene vi har valgt.

#### 3.1 Diabetes Mellitus

Ribu og Singstad skriver i sin bok fra 2013 at diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som karakteriseres ved høy konsentrasjon av glukose i blodet, også kalt hyperglykemi. Årsaken er mangel på hormonet insulin eller nedsatt insulinvirkning – såkalt insulinresistens. Det kan også være en kombinasjon av begge deler.

Videre skriver Ribu og Singstad (2013) at dersom blodsukkeret er for høyt over lang tid kan det være fare for at senkomplikasjoner kan oppstå. Senkomplikasjonene deles inn i to hovedtyper:

1. Mikrovaskulære komplikasjoner.
2. Makrovaskulære komplikasjoner.

Ifølge Sagen (2011) er mikrovaskulære komplikasjoner de komplikasjoner som oppstår i de mindre blodkar og som rammer nyrene (nefropati), øynene (retinopati) og perifere nerver (nevropati). Makrovaskulære komplikasjoner de komplikasjonene som oppstår i de større blodkar som leder til hjerte- og karsykdommer. Kardiovaskulær sykdom er den vanligste årsaken til sykkelighet og dødelighet hos personer med diabetes.

Sagen (2011) deler diabetes inn i flere typer men hovedtypene er diabetes type 1 og diabetes type 2. Vi vil nå gå nærmere inn på hva som kjennetegner diabetes type 2, årsak til utvikling av sykdommen, og hvordan den kan forebygges.

##### 3.1.1 Diabetes type 2

Ifølge Iversen (2013) er diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes, og kjennetegnes av både insulinmangel og insulinfølsomhet. Sykdommen er genetisk betinget, som regel i kombinasjon med overvekt og lite fysisk aktivitet. Sykdommen kan som regel

forebygges ved hjelp av endringer i livsstil som økt fysisk aktivitet, kostholdsendringer og eventuell medikamentell behandling.

### **3.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

*«Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdragelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger»*(Tveiten, 2008, s. 30).

Hensikten med sykepleiers pedagogiske funksjon er at pasienten skal mestre, oppdage, lære og utvikle seg. For pasienter med diabetes kan dette gi økt kompetanse for å mestre de konsekvensene behandlingen medfører, som å utføre egenmåling av blodsukkeret og sette en injeksjon med insulin på seg selv (Tveiten, 2008).

### **3.3 Motivasjon**

Ifølge Karlsen (2011) er motivasjon en sentral forutsetning for ny læring. Læring er viktig forutsetning for at personer med diabetes skal klare å mestre de nye utfordringene som følger med sykdommen. Det betyr mye for læringen at pasienten virkelig ønsker å tilegne seg kunnskap. Ordet «motivasjon» kommer fra det latinske ordet «*movere*», som betyr å bevege. Å være motivert betyr derfor at en beveger seg mot noe, eller i en bestemt retning. Videre skriver Karlsen at motivasjon inkluderer tre faktorer; endringsretning, intensitet og opprettholdelse. Endringsretning dreier seg om hva personen ønsker å endre, intensitet dreier seg om vedkommendes pågangsmot og utholdenhet, og opprettholdelse dreier seg om personens innsats over tid og utholdenhet ovenfor fristelser, hindre og vanskeligheter.

Karlsen (2011) skriver videre at motivasjon krever at mennesket har drivkrefter som får en til å gjøre, tenke eller konsentrere seg om noe bestemt. Vi skiller her mellom indre og ytre drivkrefter. Tiltro til egne ressurser, erfaringer, interesser, mål og forventinger er eksempel på indre drivkrefter. Ytre drivkrefter er for eksempel når vi gjør noe fordi vi vet at det er en belønning i vente, for eksempel ros og anerkjennelse. Uansett hva som driver motivasjonen hos mennesket vil selvoppfatningen, altså hvilke bestemte tanker en har om seg selv, ha betydning for motivasjonen. Dersom en person har god tro på seg selv vil han antakelig få et sterkere ønske for å prøve å mestre, enn dersom han har liten tro på seg selv.

Teorien om selvbestemmelse er også vesentlig for motivasjonen. I denne teorien kommer behovet for kompetanse, selvbestemmelse og tilhørighet fram. Ansvar for egen læring og medbestemmelse i egen behandling står sentralt i denne teorien. Forskning viser dessuten at stimulering av medbestemmelse hos diabetikere kan forutsi bedre metabolsk kontroll (Karlsen, 2011).

I tillegg har mestringsforventing betydning for motivasjonen. Karlsen (2011) skriver at mestringsforventing er de forventingene en har om å lykkes med noe, og er bestemmende både for valg av aktivitet, innsats og utholdenhet. Forventingene kan ha sammenheng med tidligere erfaringer, tidligere presentasjoner og følelsesmessige påvirkninger. Høy mestringsforventing kan være en ressurs hos personer med diabetes når det gjelder motivasjon for læring av ny innsikt og atferd. I motsatt tilfelle kan lav forventning om å lykkes påvirke motivasjonen i negativ retning. Innsatsen blir muligens redusert og dersom det dukker opp problemer vil personen lettere gi opp. Dette vil øke sjansen for at personen ikke lykkes.

### **3.3.1 Motiverende intervju**

Prescott (2014) definerer et motiverende intervju som en samtale om endring mellom en behandler og en klient. Målet er at klienten etter samtalen har fått mer motivasjon og tro på seg selv samt en klarere tanke om hvordan han eller hun skal gå fram. En vanlig tilnærming er å formidle informasjon, anbefalinger og råd. For eksempel er informasjon om glukosemåling ment for å motivere til atferdsendring. For å styrke mestring kan vi gi informasjon om praktiske måter for å måle blodsukker og bruke insulin. Videre skriver Prescott at vi som sykepleiere kan påvirke mestring ved å hjelpe pasienten til å sette realistiske mål, dele oppgaven opp, og demonstrere og øve på konkrete ferdigheter. Tilbakemeldinger om pasientens oppnådde resultater kan underbygge mestringstillit. For at informasjon, innspill og råd fra sykepleiere skal være til nytte, må pasienten ta dem til seg og velge å benytte seg av dem.

Et motiverende intervju kan ifølge Prescott (2014) ha flere utfall for klienten. Klienten kan komme nærmere atferdsendring, blir stående på stedet hvil eller bestemme seg for ikke å endre seg. En vellykket samtale om endring fører til at pasienten forlater samtalen litt annerledes enn da han kommer inn, med litt mer motivasjon og tro på seg selv, litt mer besluttet eller litt mer innstilt på å takle vanskeligheter som kan dukke opp.

Videre skriver Prescott (2014) at i en samtale om atferdsendring trengs det både relevant faglig innhold og gode kommunikasjonsferdigheter. Når pasienten gir uttrykk for motivasjon, mestring eller beslutningstaking, er det viktig for sykepleieren å respondere på en måte som gir disse endringsressursene større plass i samtalen. Systematisk bruk av åpne spørsmål, refleksjon og sammenfatninger holder oppmerksomheten på endringsnakk og er også med på at pasienten vurderer behandlingen som empatisk.

At sykepleieren kommer med sammenfatninger som er kort oppsummert av det pasienten har sagt, og det å gi pasienten anledning til å høre fra en annen det han selv har sagt er ifølge Prescott (2014) viktig. En slik sammenfatning formidler at sykepleieren hører på det som pasienten sier, og formidler at det både er viktig og av interesse. Det kan også uttrykke en felles virkelighetsforståelse, gi struktur til samtalen og samle tanker og erfaringer.

Man kan også møte motstand i samtaler om endring. Samtaler om at pasienten ikke følger behandlingsanbefalinger eller endring av atferd er ofte en utfordring for pasienten. Denne utfordringen er som regel et resultat av at pasienten opplever et press.

### 3.4 Mestring

Tveiten (2008) beskriver mestring som å klare noe på egenhånd, som for eksempel å takle de hverdagslige utfordringer som følger av å leve med diagnosen diabetes type 2.

Karlsen (2011) sier at vi kan dele mestringsstrategier inn i to hovedtyper: *en problemfokusert mestringsstrategi* og *en emosjonsfokusert mestringsstrategi*. Den problemfokuserede mestringsstrategien omfatter ulike typer strategier for å løse et problem eller håndtere en vanskelig situasjon. For diabetikere kan det handle om å snakke med familie og venner, søke informasjon, utveksle erfaringer, lage en plan for hvordan livet med diabetes skal takles, og at pasienten forbereder seg til en samtale med sykepleier. Den emosjonsfokuserede mestringsstrategien dreier seg mer om å takle egne følelser og tanker rundt den belastede situasjonen. Dette kan gjøres ved for eksempel å unngå vanskelige situasjoner, bagatellisere alvorret i situasjonen eller benekte hendelsen. Karlsen skriver videre at det vanligvis brukes en kombinasjon av de to overnevnte strategiene når mennesket møter på utfordringer. For pasienter med diabetes er derimot problemfokuseret mestringsstrategi spesielt viktig for å oppnå metabolsk kontroll og forebygge senkomplikasjoner og hypoglykemi.



### 3.5 Brukermedvirkning og empowerment

Romsland, Dahl og Slettebø skriver i sin bok fra 2015 at brukermedvirkning innebærer at brukeren skal medvirke i beslutninger som omhandler dem. Dette er en lovfestet rett, og vi viser her til pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I paragraf 3-1 står det at alle pasienter har rett til å medvirke i valg angående gjennomføring av helse- og omsorgstjeneste.

Pasientene har også rett på å få den informasjonen de trenger for å kunne ta et valg. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) paragraf 3-2. I denne paragrafen står det at informasjonen skal tilpasses den enkelt og skal informeres på en forsvarlig og forståelig måte. Ifølge Romsland et al. er brukermedvirkning i rehabilitering ikke bare et spørsmål om etisk holdning og handling i møtet med den andre, men om å la brukerens perspektiv komme frem og være bestemmende for resultatet. Brukermedvirkning kan foregå på mange nivåer. I samarbeidet mellom sykepleier og pasient skal sykepleieren bidra til pasienten selv bestemmer innenfor de organisatoriske rammene helsetilbudet setter.

Ifølge Tveiten (2008) definerer Verdens helseorganisasjon (WHO) empowerment som en prosess hvor den enkelte skal oppnå større kontroll over beslutninger og handlinger som omhandler egen helse. Det dreier seg altså om at den enkelte skal være mer delaktig og ha mest mulig kontroll og over de beslutninger som påvirker egen helse

Romsland et al. (2015) mener empowerment dreier seg om sammenhengen mellom styrke, kraft og makt der brukeren mobiliseres for å ta tilbake styringen over eget liv etter at hun eller han har vært avhengig av andre i en periode. For helsetjenesten handler dette om å styrke individets evne og mulighet til å ta kontroll over faktorer som påvirker helse og livsstil. Romsland et al. mener empowerment kan være både et mål og prosessen for å nå målet. Empowerment kan fremstå som et mål hvor en søker å øke individuell og kollektiv makt, slik at individet, familien, gruppen eller lokalsamfunnet kan handle i retning av å forberede sin situasjon.

Videre skriver Romsland et al. (2015) at empowerment kan forstås som en metode, der sykepleier tar i bruk pasientens ressurser. Pasienten er en viktig samarbeidspartner når avgjørelses som omhandler pasientens problemer. Pasientens synspunkt blir tatt like alvorlig som sykepleiers sitt synspunkt. Empowerment som metode legger bestemte føringer for metodisk arbeid og bygger på en ressursorientert tilnærming.

## 3.6 Dorothea Orems sykepleiemodell

Vi har valgt å bruke Dorothea Orem sine teorier fordi de tar sikte på hvordan en sykepleier kan ta i bruk undervisning og veiledning til å hjelpe en pasient til å ta i bruk sine egne ressurser for å oppnå god egenomsorg. Teorien består av tre delteorier som bygger på hverandre: teorien om egenomsorg, teorien om omsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene og sykepleiens hjelpemetoder. Vi vil gå nærmere inn på disse tre teoriene i avsnitt 3.6.1 – 3.6.3.

### 3.6.1 Teorien om egenomsorg

Ifølge Cavanagh (1999) definerer Orem egenomsorg slik; «*Individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve*». Sentralt for begrepet «egenomsorg» er at omsorgen iverksettes og utføres på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære. Egenomsorgen kan påvirkes av mange faktorer, deriblant alder, modning og kultur (Cavanagh, 1999).

Cavanagh skriver i sin bok fra 1999 at Orem definerer åtte aktiviteter som er viktig for egenomsorgen, uavhengig av alder, helsetilstand, utviklingsnivå eller omgivelser. Disse aktivitetene blir kalt for «*de universelle egenomsorgsbehovene*». Behovene beskriver inntak av mat, vann og luft. I tillegg er det ivaretagelse av eliminasjonsprosesser, opprettholde en god balanse mellom aktivitet og hvile, og mellom det å være sosial og selvstendig. Videre er et behov å være oppmerksom og forebygge farer som truer, og det siste behovet omhandler at normalitet skal fremmes. Disse behovene omfatter de vesentlige, fysiske, psykiske, sosiale og åndelige områdene ved livet, og disse må sees i samspill med hverandre og ikke hver for seg.

Det finnes i tillegg to andre grupper av egenomsorgsbehov, disse kaller Orem for «*de utviklingsrelaterte*» og «*de helsesvikrelaterte*». De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene tar for seg behov mennesket har i de ulike utviklingsstadier, fra unnfangelse til vi forlater denne verden. Behovene varierer fra hvilket stadium en befinner seg i. De helsesvikrelaterte egenomsorgsbehovene tar for seg behov som foreligger når den enkelte blir syk, skadet, har en funksjonssvikt eller er under legebehandling. Dersom vedkommende ikke er i stand til å ivareta disse behovene, må en søke råd og veiledning fra andre som er kompetente til å gi dette, for eksempel en sykepleier (Cavanagh, 1999).

### 3.6.2 Teorien om egenomsorgssvikt

Ifølge Cavanagh (1999) kan egenomsorgssvikt oppstå av mange ulike årsaker. Det er utfordringer mennesker møter på, som gjør at det stilles ekstra krav til evnen til å opprettholde god egenomsorg. Det kan være nye eller kroniske helseproblemer, eller emosjonelle traumer som fører til at en må utøve ekstra egenomsorg eller søke assistanse fra andre. Orem bruker en vektskål for å illustrere forholdet mellom egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet. Egenomsorgssvikt oppstår når pasienten har missforhold mellom krav og kapasitet. I en slik situasjon vil den enkelte ha behov for hjelp for å møte sine omsorgsbehov, for eksempel fra en sykepleier.

Videre i teorien om egenomsorgssvikt beskriver Orem uttrykkene egenomsorgskapasitet og egenomsorgsbegrensninger. Egenomsorgskapasitet beskrives som den komplekse tillærte evnen til å møte de kontinuerligere omsorgskravene som opprettholder egen funksjon og utvikling. Egenomsorgskapasitet består av kunnskap, motivasjon og mentale og praktiske evner som er sentrale for dekke omsorgskravene. Denne kapasiteten varierer med alder, helsetilstand, læring, livserfaring, kulturelle påvirkninger og økonomiske og sosiale ressurser. Egenomsorgsbegrensninger er begrensninger som er et resultat av at personens egenomsorgskapasitet er for liten i forhold til den enkeltes egenomsorgskrav. Ifølge Orem definerer tre typer begrensninger; begrenset kunnskap, begrenset evne til å bedømme og ta avgjørelser og begrenset evne til å utføre resultatproduserende handlinger (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015)

### 3.6.3 Teorien om sykepleiesystemene og sykepleiens hjelpemetoder

Romsland et al. skriver i sin bok fra 2015 at denne teorien omhandler pasientenes behov for sykepleieomsorg med utgangspunkt i pasientens grad av egenomsorgssvikt. Teorien beskriver sykepleiersystemene, og definerer fem hjelpemetoder.

Når en person får diabetes type 2 vil det oppstå et økt krav til egenomsorg. Dersom pasienten ikke klarer å ivareta disse behovene oppstår det en ubalanse mellom egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet. For å gjenopprette balansen har pasienten behov for sykepleie. Orem beskriver ifølge Romsland et al. (2015) tre sykepleiesystemer i denne forbindelsen: helt kompenserende sykepleie, delvis kompenserende sykepleie og støttende/veiledende sykepleie. Helt kompenserende sykepleie benyttes når personen ikke har kapasitet til å møte noen av egenomsorgskravene. Delvis kompenserende sykepleie

benyttes når personen klarer å ivareta noe av egenomsorgen, men har behov for noe hjelp. Støttende/veiledende sykepleie benyttes der personen fysisk kan ivareta egenomsorgskravene, men har behov for veiledning for bedre å mestre egen situasjon.

Videre nevner Romsland et al. (2015) fem hjelpemetoder som Orem definerer i sin teori. Disse fem hjelpemetodene gir sykepleieren mulighet til å velge mellom ulike tilnærminger innenfor sykepleiersystemene. De fem hjelpemetodene er: handle eller gjøre noe for personen, veilede personen, støtte personen fysisk eller psykisk, bidra til utvikling og et støttende miljø og tilsatt å undervise personen.

### **3.7 Presentasjon av forskningsartikler**

**«*Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus*» av Åsa Kneck, Birgitta Klang og Ingegerd Fagerberg (2011).**

Dette er en kvalitativ studie, utført i Sverige. Det ble inkludert 13 deltakere som nylig hadde blitt diagnostisert med sykdommen diabetes. Studien har som hensikt å få en forståelse for hvordan det opplevdes for pasientene å leve med diabetes de første månedene etter at diagnosen ble stilt.

Under intervjuene kom det fram at deltakerne opplevde usikkerhet i sin nye livssituasjon. Mange var redde for å oppleve føling som er en tilstand som følger av at pasienten har for lavt blodsukker. Det ble viktig for pasientene å lære seg blodsukkerapparatet fordi det var et verktøy som ble brukt for å kontrollere om man tolket de kroppslige tegnene korrekt. På denne måten lærte pasientene å bli bedre kjent med kroppens reaksjoner på de ulike glukosenivåene. Det ble også nevnt under intervjuene at det var vanskelig å skille ut hva som var troverdig informasjon fra for eksempel internett og venner/familie. Helsepersonell ble derfor sett på som en viktig partner å støtte seg på i tilfeller av usikkerhet, og informasjonen de ga ble sett på som den mest troverdige. Videre kom det fram at deltakerne var misfornøyd med at det var for stort fokus på konkrete problemer som insulindoser og glukosenivå, og ikke deres bekymringer. Det kom også fram at de mistet tillit til helsepersonell som ga feilinformasjon eller som ikke var tilstrekkelig kvalifisert.

**«*Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes*» av Bjørg Oftedal, Bjørg Karlsen og Edvin Bru (2010).**

Dette er en kvalitativ studie, utført ved universitetet i Stavanger. Det ble inkludert 19 voksne

mennesker med diabetes type 2. Studien sin hensikt var å beskrive hvordan voksne med diabetes type 2 oppfatter forskjellig støtte gitt av helsepersonell, og hvordan dette påvirker deres motivasjon til egenbehandling av sykdommen. Studien kom fram til fem temaer som kunne påvirke motivasjonen for egenbehandling. Det første temaet var å bruke empatisk tilnærming. Dette ga deltakerne en følelse av tillit til helsepersonellet. De nevnte også at positive tilbakemeldinger påvirket deres tro på å klare å mestre. Det neste punktet var råd og informasjon. Her mente deltakerne at den eneste praktiske støtten som var gitt omdømt kosthold, og at de savnet praktiske råd angående blodglukosemåling. Nøyaktig og individualisert informasjon ble også trukket fram som en viktig faktor for motivasjonen. Det er individuelt hva den enkelte ønsker informasjon om, og videre ble de nevnt at det var store variasjoner i kunnskapsnivået blant helsepersonell. Deltakerne ble noen ganger fortalt ulike ting, og dette skapte stor mistillit til helsepersonellet. Videre ble involvering i beslutningsprosesser og gruppebasert støtte nevnt som viktig for motivasjon for egenbehandlingen.

**«Perceived barriers and effective strategies to diabetes self management» av Jean Negelkerk, Kay Reick og Leona Meengs (2006).**

Dette er en kvalitativ studie, utført i USA. Studien inkluderer 24 voksne mennesker med diabetes type 2. Hensikten med studien var å undersøke hva deltakerne i studien opplevde som barrierer for å oppnå egenomsorg. Resultatene viser blant annet at barrierer knyttet til helsepersonell og helsetjenesten omhandler mangel på forståelse av informasjon, og mangel på et individualisert og kordinert tjenestetilbud. Videre opplevde deltakerne hjelpsløshet og frustrasjon over dårlig kontroll over blodsukket og vanskeligheter med å huske på å ta medisinerne. Begrensede ressurser ble også nevnt som en barriere, da de manglet kunnskap om hvilke ressurser som fantes. Barrierer knyttet til gruppeundervisning ble også omtalt i studien, men dette går vi ikke inn på da det er utenfor oppgavens avgrensning. Studien konkluderer med at det er viktig å innføre realistiske egenomsorgsplaner og etablere en god relasjon og et godt samarbeid mellom helsepersonell og pasient, samt at informasjonen må tilpasses til den enkelte. Det kom også frem at undervisning burde handlet mer spesifikt om deres egne behov, i stedet for generell undervisning.

**«Vi går inn i det private rommet til pasienten. Sykepleiers erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske poliklinisk» av Anne Svelstad Evju, Gøril Salomonsen Klette, Anne Kasen og Terese Bondas (2014).**

Dette er en kvalitativ studie som er utført i Norge. Det ble intervjuet syv sykepleiere som kom fra tre ulike helseforetak i Norge. Vi vurderer det som svakhet at sykepleierne jobber poliklinisk og med ulike pasientgrupper. Vi valgte allikevel å inkludere denne forskningen i oppgaven vår da vi mener at innholdet er overførbart til hjemmesykepleien. Formålet med studien var å beskrive og fortolke helsefremmende sykepleie til pasienter med oppfølging for å endre levevaner. Under intervjuene beskrev sykepleierne viktigheten av å skape et tillitsforhold, og at det derfor bør være kontinuitet i personalet. For å opparbeide tillit må sykepleier gi litt av seg selv. Det ble også nevnt at det var viktig å kartlegge endringspotensialet i møte med pasienten. Sykepleier må være åpen for samtale, stille spørsmål og definere hva som er problemet sammen med pasienten, da det ikke alltid er slik at pasienten har innsikt i hvorfor de har de problemene de har. Videre må sykepleier oppmuntre og fokusere på det positive, samt sette realistiske mål. For å skape mestingsfølelse hos pasienten er det viktig å gi pasienten ros for det som han/hun allerede har fått til. Sykepleier må også bistå i å bevisstgjøre hvilke muligheter pasienten har, og hvordan de kan virkeliggjøres. Det er også et stort fokus på å klargjøre pasientens kunnskaper og forståelser. Sykepleieren må om nødvendig, bistå pasientene med å omsette kunnskapen de har til praksis. Videre ble det viktig å styrke pasientens evne til å vurdere hva som er dokumentert fakta, da det jevnlig er reportasjer i media om livsstilsendringer. Det er også viktig for sykepleierne å veilede og støtte pasienten til å finne egne mål og hvordan målene skal følges opp.

**«Hjemmesykepleiepraksis – hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis» av Torill Sæterstrand, Solrun G. Holm, Berit S. Brinchmann (2015).**

Dette er en norsk kvalitativ studie som tar for seg hvordan hjemmesykepleien og kommunehelsetjenesten har blitt endret siden Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012. Studien ble utført gjennom intervjuer og observasjoner i hjemmesykepleien i to kommuner der 11 sykepleiere deltok. Resultatene fra studien viser at sykepleierne opplever at de arbeider ofte alene og står i situasjoner der de må stole på seg selv og sine avgjørelser der og da. De ble også rapportert at de måtte forholde seg til svært mange leger, siden hver

enkelt pasient hadde sin egen fastlege. Dette krevde tiden deres, en tid som allerede var presset. Pasientene forteller at omsorgen fra sykepleierne er god, men at de ønsker at sykepleierne kunne bruke mer tid på dem. Det ble sjeldent tid til samtaler og informasjon. Ved morgenrapporten ble sykepleierkompetansen fordelt der det var behov for, men på kveld og helg var det ikke nok sykepleier til dette. Ofte var det et stort tidspress med et høyt antall utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenestene. Til tross for at sykepleierne da opplevde et høyt arbeidspress, grep de inn og utførte sykepleie uten å ta matpauser for å forhindre at pasienten skulle bli skadelidende. Denne studien viser at samhandlingsreformen har bidratt til å øke presset på hjemmesykepleieren i form av tidspress og et større ansvarsområde.

## 4 Drøfting

I første del av drøftningskapittelet presenteres en anonymisert case fra praksis. Vi ønsker å bruke denne casen videre i vår drøfting for å belyse problemstillingen, samt bruke teori og forskning som ovenfor er presentert.

### 4.1 Case fra praksis

Ola Normann er i 60 årene og bor hjemme sammen med sin kone. Han er en oppegående mann uten kognitiv svikt. Ola har hatt diagnosen diabetes type 2 i mange år, og får hjelp av hjemmesykepleien fire ganger om dagen. Hjemmesykepleien hjelper han med å måle blodsukkeret, og eventuelt injisere hurtigvirkende insulin dersom blodsukkeret overstrider en fastsatt grense. Ola uttrykker at han mener det er vanskelig å forholde seg til hjemmesykepleien fordi han alltid må vente med å spise til etter hjemmesykepleien har vært hos han for å måle blodsukkeret. Dersom han spiser før de kommer blir ikke målingene korrekte. Han er ofte fortvilet over at hjemmesykepleien ikke kommer til de avtalte tidspunktene, og dette resulterer noen ganger med at han spiser før hjemmesykepleien kommer. Når hjemmesykepleien dukker opp er han sint og sender de rett ut igjen, uten at de har hjulpet han med å måle blodsukkeret.

### 4.2 Hvordan skape trygghet hos pasienten om at han kan klare å måle blodsukker og å sette insulin på egenhånd?

Pasienten i vår case har aldri målt blodsukkeret sitt selv og har aldri satt en injeksjon med insulin selv. Han har alltid vært avhengig av hjelp fra hjemmesykepleien til dette. Vårt fremtidige mål er at Ola på sikt skal lære seg å mestre disse to oppgavene helt selv, noe som forutsetter at Ola må begynne å tro på seg selv. Han må ha tro på at han kan klare å håndtere blodsuktermåling og insulinbehandling på egenhånd. Dette kan være en vanskelig overgang og vi vil i dette underkapittelet ta for oss de kategoriene som er fremkommet om hvordan hjemmesykepleieren kan bidra til å øke pasientens tro på seg selv.

#### 4.2.1 Empatisk tilnærming

Ifølge Kristoffersen og Nortveit (2011) er empati den evnen vi har til å leve oss inn andres situasjoner. Ordet empati stammer fra det greske ordet «*empateia*» og betyr «å lide med». Videre skriver Kristoffersen og Nortveit at empati ikke er å føle det samme som et annet menneske, men det betyr at den andre personens tilstand berører deg følelsesmessig. Alle har en bakgrunn av erfaringen som vi kan bruke når vi skal sette oss inn i andre situasjoner.



For eksempel vet vi alle hva det betyr å grue seg og hva kroppslig ubehag er. Disse erfaringen vi har utgjør grunnlaget for vår evne til å sette oss inn i andres situasjon. Vi kan si at empati både er evnen til å la seg følelsesmessig berøre av en annen persons situasjon og samtidig kunne forstå noe av situasjonens betydning for den personen det angår.

I studien til Oftedal et al. (2010) sa deltakerne at empatisk tilnærming var en faktor som var av betydning for deres motivasjon og tro på å mestre. De sa også det ga dem en følelse av tillit til helsepersonellet. Det er derfor viktig at hjemmesykepleieren erkjenner at det er en stor overgang fra å være avhengig av helsehjelp hver dag, flere ganger om dagen, til at han brått skal begynne å klare seg selv i hverdagen. Vi må erkjenne at overgangen kan bli vanskelig, og at vi forstår at han kan verge seg for å overta disse oppgavene. Samtidig er det viktig at vi trygger Ola i ord slik at han får motivasjon og lyst til å prøve. Vi må fortelle Ola at han skal få god rettleiding, og at vi skal hjelpe han så lenge han føler det er behov for det.

#### **4.2.2 Etablere gode relasjoner med pasient**

Ifølge Helsedirektoratet (2011) er å etablere en god relasjon mellom sykepleier og pasient det beste utgangspunktet man kan ha for å utvikle et godt samarbeid slik at pasienten kan lære å mestre egenmåling av blodglukose og sette en insulininjeksjon. Videre skriver Helsedirektoratet at en forutsetning for å skape gode troverdige relasjoner mellom sykepleier og pasient er at sykepleier ikke har en konfronterende dirigerende tilnærming. Dette fører til motstand, benekting og en følelse av å bli avvist for pasienten. I relasjon til vår case betyr dette for eksempel at hjemmesykepleieren ikke skal kommandere Ola til å stikke sprøyte på seg selv, eller at hjemmesykepleieren ikke skal konfrontere Ola med at nå må han lære seg å måle blodsukkeret, og lære seg injeksjonsteknikk for insulin. Dette kan virke skremmende for pasienten og føre til motstand i den betydning at han ikke er lærevillig i det hele tatt. Det kan være mer hensiktsmessig å legge frem et forslag om at Ola kan få rettleiding i hvordan han måler blodsukkeret, og hvordan han setter insulin. Vi kan følge opp spørsmålet med en begrunnelse om hvorfor vi tenker dette kan være heldig. I vårt tilfelle er begrunnelsen at dersom Ola oppnår egenomsorg slipper han å være hjemme til bestemte klokkeslett, og han slipper å vente på hjemmesykepleien når han er sulten og har lyst til å spise. Videre er det også en befrielse å vite at man kan håndtere sykdommen sin selv, uten assistanse, slik at man kan ta seg en ferietur, reise på middagsbesøk hos venner/familie, og så videre.

Studien til Evju et al. (2014) viser at sykepleiere mener det er viktig med tillitsforhold til pasienten, og at det derfor bør være kontinuitet i personalet som møter pasienten. Dette betyr at Ola bør ha faste pleiere å forholde seg til, slik at det er mulig for pleierne og Ola å bli godt kjent med hverandre og etablere en god relasjon. Det er helt nødvendig med en god relasjon for at tillitt skal utvikles. Videre er det lettere å vurdere fremgangen til Ola, og vite når han er klar for nye utfordringer dersom det er et fast personale. Ifølge Fjørtoft (2012) er et tiltak for å bedre kontinuiteten i hjemmesykepleien at alle pasienter får tildelt en primærkontakt. Da har både pasienten og de pårørende en kontaktperson i hjemmesykepleien. Primærkontakten har ansvar for å følge opp pasienten og de pårørende, evaluere tiltak og sørge for at dokumentasjonene er oppdatert. Primærkontakten er gjerne den som kjenner pasienten best og har oversikt over aktuelle behov, ressurser og tiltak.

I studien til Evju et al. kom det også fram noen andre faktorer som var viktig for å oppnå tillit. Blant annet kom det fram at sykepleier må gi litt av seg selv, være åpen for samtale og stille spørsmål. I lag med pasienten må sykepleier definere hva som er problemet. I Olas tilfelle er problemet at han ikke mestrer blodsuktermåling og insulinbehandling på egenhånd. Vår oppgave blir da å lære Ola dette. For at informasjon og demonstrasjon skal være til nytte, er det en forutsetning at pasienten tar til seg kunnskapen og velger å benytte seg av den.

Mangel på kunnskap hos pasienten vedrørende blodsuktermåling og insulinbehandling fører til redusert egenomsorgskapasitet. I starten kan det tenkes at sykepleier inntar en rolle i tråd med Orems delvis kompenserende sykepleiesystem. Det betyr at sykepleier er mer delaktig i forhold til å ivareta egenomsorgen til Ola. Det kan for eksempel være å delta i blodsuktermålingen, med den hensikt at etter hver skal en gå over til en rolle i tråd med Orems støttende og undervisende sykepleiersystem. Dette sykepleiersystemet innebærer at Ola skal lære hvordan han skal håndtere insulininjeksjoner og blodsuktermålingen. Ifølge Prescott (2014) kan vi som sykepleiere påvirke Olas tro på å mestre gjennom å sette realistiske mål, dele oppgaven opp og demonstrere den praktiske utførelsen av oppgavene. For eksempel kan det være lurt å starte med små oppgaver som å lære Ola hvordan han setter på nålen på insulinpennen, trekker opp riktig mengde insulin, setter teststrimmelen inn i blodsukkerapparatet eller klargjør lansetten til blodsuktermålingen. Når han klarer disse oppgavene kan han starte med å utføre blodsuktermåling selv.

Etter at Ola har lært seg hvordan han skal måle blodsukkeret og injiserer insulin, kan det være uheldig å kutte kontakten helt. Det tar tid for Ola å bli helt trygg på seg selv og det kan derfor være hensiktsmessig at sykepleieren ringer han daglig for å høre hvordan det går. Dette bidrar til at relasjonen opprettholdes, og Ola vil forhåpentligvis oppleve at han ikke blir overlatt til seg selv med en gang. Ola bør også ha et telefonnummer som han kan ringe om han har noen spørsmål eller han bare trenger en bekreftelse på at det han gjør er riktig. Dette har vi ved et annet tilfelle erfart at har blitt gjort i hjemmesykepleien. Hver morgen ringer hjemmesykepleien til en diabetes pasient for å høre hva blodsukkernivået er. På kvelden kommer vi hjem til henne for å observere at insulinmengden som blir trukket opp er korrekt. Dette setter kvinnen stor pris på og hun sier det skaper trygghet for henne å vite at hjemmesykepleien "passer på".

Underveis i opplæringsperioden er det viktig å gi tilbakemeldinger til Ola om hva han har oppnådd av resultater. Dette er med på å styrke troen på seg selv, og påvirke mestringsfølelse. Dette kommer også fram i studien til Oftedal et al. (2010). For å gi gode tilbakemelding er kontinuitet igjen en vesentlig forutsetning da det gir sykepleieren mulighet til å observere fremgangen til pasienten.

Sykepleiere må videre være fokusert på å være en veiledende rollemodell, og ikke ha fokus på å være en utførende hjelper for pasienten. Tidligere har Ola vært vant med få all den hjelpen han trenger, uten å ta ansvar selv. Sykepleier må nå endre fokuset fra å være en hjelper til å bli en veileder som rettleder Ola til å behandle sin sykdom selv. Dette innebærer at sykepleier ikke bare går inn å overtar blodsuktermålingen og injiserer insulin. Sykepleier må demonstrere hvordan det gjøres, og la pasient få prøve selv.

Videre mener vi at det kan være lurt å avklare pasientens forventinger til oss helsepersonell for relasjonens betydning. Da kan vi som sykepleiere være forberedt på hva som er forventet av oss, da vi kanskje ikke kan oppfylle pasientens forhåpninger. Dette mener vi er viktig slik at pasienten ikke mister håpet og motivasjonen for videre behandling.

I tillegg til å etablere en god relasjon med pasient mener vi det er viktig at det etableres gode relasjoner med pårørende også. I følge Fjørtoft (2014) kan vi se de pårørende som en ressurs. I de fleste tilfellene er de pårørende en viktig ressurs for den hjemmeboende. Pårørende betyr mye for personens opplevelse av sammenheng, mening og innhold i livet.

Pårørende gjør et omfattende og viktig omsorgsarbeid og er en uvurderlig ressurs. Det viktigste for de pårørende er å være trygge på at pasienten får nok hjelp, og blir møtt med omsorg og forståelse.

Vi kan skape gode relasjoner med konen til Ola ved å inkludere henne i opplæringen. På denne måten blir vi kjent med ressursene hun kan bidra med. Videre mener vi det er viktig trygghetsskapende tiltak å inkludere konen i opplæringen, både for Ola og for konen selv. På denne måten vil Ola alltid ha en i nærheten som kan hjelpe han, og konen vil oppleve en større trygghet i at pasienten får god rettleiding.

Videre er det viktig at sykepleier lytter til konen sine bekymringer. Konen er på jobb på dagtid, og vil naturligvis være bekymret om hvordan det går når hun ikke er tilstede. Da er det viktig at vi trykker henne med at hjemmesykepleieren kan for eksempel som nevnt ovenfor ringe Ola å høre hvordan det går når konen er på jobb. Konen må ha en åpen dialog med oss i hjemmesykepleien slik at vi vet hvordan hun opplever situasjonen.

Ved å bruke konen som en ressurs mener vi dette kan fremme Olas selvstendighet, mestring og motivasjon.

#### **4.2.3 Brukermedvirkning**

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) paragraf 3-1 har alle pasienter rett til å medvirke utformingen av helsehjelpen. Det er hovedsakelig pasienten som skal behandle sykdommen og han må derfor lære seg å leve med den. Ved å involvere pasienten i sykepleierprosessen vil det være mulig å skape motivasjon for oppgaven som ligger foran han, nemlig å lære seg egenmåling av blodglukose og injisere insulin.

Romsland, Dahl og Slettebø (2015) skriver at det er viktig at sykepleier får pasientene til å gjenvinne kontrollen over eget liv. For oss sykepleiere handler dette om å styrke pasientens evne og mulighet til å ta kontroll over faktorer som påvirker helse og livsstil. Som sykepleier må vi ta i bruk pasientens ressurser. Vi må se pasienten som en viktig samarbeidspartner når avgjørelser skal tas som omhandler pasientens problemer.

Når pasienten opplever utfordringer, som for eksempel det med at Ola ikke kan spise før hjemmesykepleien har vært hos han for å måle blodsukkeret, kan det ifølge Prescott (2014) være en god strategi at sykepleier ikke kommer med anbefalinger om hvordan utfordringen

kan løses. Det kan være mer hensiktsmessig å hjelpe Ola til å reflektere seg fram til løsningene selv. Dette kan gjøres ved å stille åpne spørsmål som for eksempel «*Hvilke løsningsmuligheter ser du på denne utfordringen?*» og ved å være interessert i hva han forteller oss. Videre skriver Prescott at sykepleier må gi en oppsummering underveis om hva pasienten har fortalt. Dette gir pasienten en bekreftelse på at sykepleier er interessert og hører etter hva han sier. Det gir også sykepleier mulighet for å dobbeltsjekke om han/hun har forstått riktig hva pasienten mener.

Det er også viktig at sykepleieren kan være en samtalepartner som speiler pasientens styrke, og bidra til å styrke hans ønske om å utforske de mulighetene som finnes. For vår pasient betyr det at vi må støtte opp Olas resurser som er at han er kognitivt og fysisk frisk og at han har en kone som støtter ham. I samtale med pasient er det viktig at sykepleier viser forståelse, lytter aktivt og gir bekreftelse. Sykepleier må stille seg åpen til pasientens mål, og ta hensyn til om han ønsker endringer (Eide & Eide, 2013). Dersom Ola blir presset til å sette insulin før han er klar for det, kan Ola blir fiendtlig innstilt til sykepleieren, og den gode relasjonen som eventuelt er opparbeidet, vil mest sannsynlig bryte. Det er derfor hensiktsmessig å bruke god tid i begynnelsen til å la Ola få reflektere og la bevisstheten om at en endring er nødvendig komme naturlig. I denne prosessen må sykepleier stimulere pasientens evne til refleksjon, erkjennelse og valg. Dette kalles ifølge Eide og Eide (2013) for empowerment.

#### **4.2.4 Individualisert informasjon**

Ifølge pasient – og brukerrettighetsloven (1999) paragraf 3-2 har pasienter rett på den nødvendige informasjonen som trengs for at han/hun skal få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

I studien til Negelkerk et al. (2006) kom det frem at deltakerne mener at informasjonen må tilpasses den enkelte, og at informasjonen burde handle mer spesifikt om deres egne behov, fremfor generell informasjon. Studiedeltakerne nevnte også at de hadde stor nytte av egenomsorgsplaner. I studien til Oftedal et al. (2010) kom det fram at pasientene mente nøyaktig og individualisert informasjon var en veldig viktig faktor for motivasjon. Det er viktig at vi som helsepersonell kartlegger Olas behov for informasjon og hvilke kunnskaper han har fra før. Da er det igjen viktig med kontinuitet. Når det er faste sykepleiere som kommer til Ola, vil de få bedre innsikt i hvilke kunnskaper han har fra før, og hvilke informasjon han har

behov for. Ola har ikke gode kunnskaper om hvordan han skal måle blodsukkeret sitt og hvordan han skal sette insulin selv. Foruten dette klarer han seg fint selv i det daglige. Han vet viktigheten av å ha et riktig kosthold og forholder seg greit til dette. I hans tilfelle er det derfor viktig at sykepleieren tilpasser informasjonen til å omhandle blodsuktermåling og insulininjeksjoner. Når det er faste sykepleiere som går til Ola er det lettere å forstå om Ola har forstått den informasjonen som er blitt gitt. Dette kan man forstå ved at han gjentar informasjonen eller at han stiller tydelige konkrete spørsmål tilbake.

Det er viktig å informere i starten at man må måle blodsukkeret hyppig, sånn at Ola blir kjent med de kroppslige signalene sine. I studien til Kneck et al. (2011) var det å lære seg blodsukkerapparatet veldig viktig fordi det var et verktøy som ble brukt for å kontrollere om man tolket de kroppslige tegnene rett, og på denne måten ble kjent med kroppens reaksjoner på glukosenivåer. Videre er det viktig å gi informasjon om hvilke faktorer som kan slå ut på blodglukosemåling. Sykepleier må informere om viktigheten med å vaske hendene før blodsuktermåling, spesielt dersom man har tatt i mat rett før målingen skal utføres. Dersom fingrene ikke er rene, kan det være glukose på fingrene fra mat og målingen vil gi et resultat som er høyere enn hva det faktisk er. En konsekvens av dette kan være at Ola får hurtigvirkende insulin slik at blodsukkeret synker. Dersom glukosenivået ikke er for høyt kan Ola da få for lavt blodsukkernivå og derfor få føling. Dette er en alvorlig konsekvens, og det er derfor veldig viktig at pasienten forsår viktigheten med å vaske hendene før måling. I følge Måløy (2011) var det en studie utført i USA der det viste seg at blodsukkeret kunne stige med 10 % ved måling før og etter man tok på biter av et eple.

Når Ola er klar for å begynne å måle blodsukkeret sitt på egenhånd er det viktig med informasjon om hvordan man skal stikke ved blodsuktermåling og hvordan man skal stikke ved injeksjon av insulin. Vi tar først for oss hvordan en skal stikke ved blodsuktermålingen. Først må Ola vite at varme fingre blør lettere enn kalde, og det er derfor lettere å få fram en bloddråpe dersom en er varm på hendene. Han må også få informasjon om hvor på fingeren det er minst smertefullt å stikke, og hvilke fingre som er mest hensiktsmessig å bruke. Det anbefales å stikke på siden av fingertuppen fordi der er det færre nerveender enn det er på midten på fingertuppen, og det vil derfor gjøre mindre vondt å stikke på sidene. Det er anbefalt å bruke enten langfingeren, ringfingeren eller lillefingeren til å stikke på. Tommelen og pekefingeren skal prøve å unngås fordi det er de to fingrene vi bruker mest i det daglige

(Apotek 1). Videre må Ola få informasjon om hvordan han skal sette en hurtigvirkende insulininjeksjon, da det bare er denne typen insulin han bruker per nå. Hurtigvirkende insulin settes i magen. Ola må vite at han ta tak i en hudfold ved å bruke tommelen, pekefingeren og langfingeren. Kanylen skal så stikkes raskt gjennom huden. Injeksjonsknappen skal trykkes helt inn og en må telle sakte til 10 før en trekker kanylen ut igjen (Apotek 1). Slik informasjon er helt nødvendig for Ola å ha når han skal i gang med dette selv.

### **4.3 Hvordan legge til rette for rettleiing i en travel hjemmesykepleiekontekst?**

I dette avsnittet presenteres to viktige punkter som vi mener må være en forutsetning for at rettleidning til diabetespasienter er mulig i hjemmesykepleien. De to punktene vi har kommet fram til er: tilstrekkelig med tid til hver pasient og god kompetanse.

#### **4.3.1 Tiden setter grenser**

I en travel hjemmesykepleie hverdag er det mye som skal gjøres, og kravene er mange. Hjemmesykepleieren jobber etter et stramt tidsskjema og effektiviteten avgjøres i antall pasienter. Sykepleieren er hele tiden nødt å prioritere tiden hos den enkelte fordi det er mange flere pasienter å besøke. Dersom vi bruker lengre tid hos en pasient, må vi bruke mindre tid hos en annen. Tiden er derfor helt avgjørende for hva som er mulig å få til hos den enkelte pasient (Fjørtoft, 2014).

I vår praksis periode i hjemmesykepleien opplevde vi at det var satt av 5 minutter til å hjelpe Ola til å måle blodsukker og sette insulin. Denne tiden er alt for liten dersom det skal være mulig å rettlede han til å mestre egenmåling av blodglukose og injisere insulin selv. På grunn av et stramt tidsskjema er det ofte nødvendig at sykepleierene må måle blodsukkeret og gi insulinet selv, uten å inkludere pasienten, slik at de bruker kortest mulig tid. På ene siden så er dette helt nødvendig for å fullføre arbeidslisten innen arbeidsdagen er over, men på den andre siden gjør vi pasienten uselvstendig med tanke på at han ikke lærer seg å måle blodsukker og injisere insulin på seg selv. Denne opplevelsen står i tråd med resultatet som kom fram i studien til Sæterstrand et al. (2015). Deltakerne i denne studien sa at sykepleierne sjeldent hadde tid til samtale og informasjon, og de ønsket derfor at sykepleierne kunne bruke mer til dem. I vår case er det helt nødvendig at sykepleierne har god tid til å hjelpe og rettlede Ola. Ola må få snakke ut om sine bekymringer, og han trenger både informasjon og praktisk rettleidning før han kan oppnår egenomsorg. Dette er en

tidkrevende prosess, og det er derfor helt nødvendig at sykepleieren har tid nok til å rettlede han. Vi mener det kan være hensiktsmessig å sette av mer tid i en periode for å gi tettere oppfølging til Ola slik at han får mulighet til å lære seg å mestre oppgavene selv. På sikt vil Ola kanskje bli mer selvstendig, og dermed frigjøres tid og ressurser for hjemmesykepleien.

Videre er det mange med diabetes som sier de har et høyt stressnivå, noe som kan føre til depresjon. Stress kan for eksempel skyldes ustabil blodsukker og usikkerhet i forhold til egen sykdom. Ifølge Orem skal omgivelsene tilrettelegges for å unngå stress (Cavanagh, 1999). Vi mener dette kan gjøres ved å bruke mer tid hos pasienten, og ved at det legges til rette for mer kontinuitet i personalet.

#### **4.3.2 Kompetanse**

Ifølge diabetesforbundet er diabetes en sykdom i vekst. Flere og flere eldre mennesker vil få diabetes type 2, og på grunn av samhandlingsreformen vil behandlingen hovedsakelig foregå i hjemmet til pasienten. Det er derfor viktig at sykepleieren i hjemmesykepleien har kunnskap om diabetes slik at de kan gi god informasjon og hjelpe pasienten med det han/hun måtte lure på. Både i studien til Kneck et al. (2011) og i studien til Oftedal et al. (2010) kom det fram at studiedeltakerne mente det var store variasjoner i kunnskapsnivået blant helsepersonellet. De hendte noen ganger at de ble fortalt utlike ting, og dette skapte stor mistillit til helsepersonellet. Her igjen kan kontinuitet blant de sykepleierne som går til Ola som en løsning på dette området. Da vil Ola alltid forholde seg til de samme sykepleierne, og dermed vil risikoen for at han blir fortalt ulike ting bli redusert.

Videre kom det fram i studien skrevet av Kneck et al. (2011) at helsepersonell ble sett på som en viktig informasjonskilde, da de syntes det var vanskelig å skille ut hva som var troverdig informasjon fra blant annet tv, internett, familie og venner. Det er derfor veldig viktig at sykepleierne som går til Ola har den nødvendige kunnskapen som trengs for å svare og rettlede Ola korrekt.



## 5 Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett på hvordan sykepleier kan rettlede pasienter med diabetes i hjemmesykepleien til å mestre blodsuktermåling og insulininjeksjoner.

For å mestre både blodsuktermåling og insulininjeksjoner er det vesentlig at sykepleier har de nødvendige kunnskapene for å rettlede pasienten korrekt. Sykepleier bør både ha gode kunnskaper om det praktiske rundt å måle blodsukker og injisere insulin, men bør også ha kunnskaper om diabetes generelt. I studien til Kneck et al. (2011) kom det fram at deltakerne mistet tillit til helsepersonell som ikke var tilstrekkelig kvalifisert og ga feilinformasjon. Det ble også nevnt i studien til Oftedal et al. (2010) at deltakerne opplevde at det var store variasjoner i kunnskapsnivået blant helsepersonellet. Deltakerne sa det hendte de ble fortalt ulike ting fra helsepersonellet og dette skapte mistillit.

Videre er det er forutsetning at det er satt av nok tid hos pasienten slik at rettleiding er gjennomførbart. Det kom fram i studien til Sæterstrand et al. (2015) at de pasientene som ble intervjuet i hjemmesykepleien ønsket at sykepleierne brukte mer tid på dem. I vår praksis i hjemmesykepleien opplevde vi at det var satt av bare fem minutter hos hver pasient vi skulle måle blodsukker og sette insulin hos. Denne tiden var alt for knapp for at vi skulle få mulighet til demonstrere og rettlede pasienten til hvordan han/hun skal utføre blodsuktermåling og insulininjeksjoner på egenhånd. Vi mener derfor det er lurt å sette av mer tid i en periode slik at pasienten får tett oppfølging og god rettleiding i starten. Etter hvert som pasienten begynner å mestre oppgavene, kan man gå over til bare å ringe pasienten for å høre hvordan det går. Målet er tilslutt at pasienten mestrer egenomsorgen sin helt selv. På denne måten vil hjemmesykepleien spare både tid og ressurser på sikt.

Vi har også kommet frem til fem punkter som vi mener er veldig viktig i møte med pasienten. Dette er punkter som skal bidra til å skape trygghet hos pasienten om at blodsuktermåling og insulinbehandlingen er mulig å klare på egenhånd. De fem punktene vi kom fram til var: å ha en empatisk tilnærming, det må etableres en god relasjon mellom pasient og sykepleier, pasienten må være delaktig i beslutningsprosesser som angår pasientens helse og til slutt er det viktig med individualisert informasjon til pasienten.

Når vi har jobbet med denne litteraturoppgaven har vi sett vi at det er mangel på forskning som spesifikt omhandler hvordan hjemmesykepleieren kan rettlede og motivere pasienter med diabetes til å mestre blodsuktermåling og insulininjeksjon. Vi mener derfor det trengs flere kvalitative og kvantitative studier som omhandler akkurat dette.

## 6 Bibliografi

- Apotek 1. (u.d.). *Apotek 1*. Hentet 12 mai, 2016 fra <https://www.apotek1.no/diabetes-og-stoffskifte/blodsukkermaaling>
- Apotek 1. (u.d.). *Apotek 1*. Hentet 12 mai, 2016 fra <https://www.apotek1.no/video/slik-bruiker-du-insulinpenn>
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Diabetesforbundet. (2016, 01 Mai). *diabetes.no*. Hentet 04 mai, 2016 fra <http://diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evju, A. S., Salomonsen, G. K., Kasen, A., & Bondas, T. (2014). *Vi går inn i det private rommet til pasienten. Sykepleiers erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske poliklinisk*. Hentet 18 april, 2016 fra Nordisk Tidsskrift for Helseforskning: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3011/2897>
- Fjørtoft, A. K. (2014). *Hjemmesykepleie* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2011, 17 oktober). *Nasjonale faglige retningslinjer: Diabetes - forebygging, diagnostikk og behandling*. Hentet 09 mai, 2016 fra Helsebibloteket /et: <http://www.helsebibloteket.no/retningslinjer/diabetes/9.opplæring/9.2-læring-og-motivasjon/9.2.1-endringsmotivasjon>
- Iversen, M. (2013). Diabetes. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., ss. 433-443). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningsamtalen - nøkkelen til bedret mestring? I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (1. utg., ss. 216-230). Oslo: Akribe AS.
- Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2011). *Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus*. Hentet 18 april, 2016 fra Scandinavian Journal of Caring Sciences: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x/epdf>
- Kristoffersen, N. J., & Nortveit, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I F. N.-A. Nina Jahren Kristoffersen (Red.), *Brunnleggende sykepleie, Bind 1* (2. utg., ss. 83-127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lars Christian Stene, H. S. (2014, 03 juni). *Diabetes i Norge - Folkehelse rapporten 2014*. Hentet 09 mai, 2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110410>
- Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling* (1. utg., ss. 101-119). Oslo: Akribe.

- Negelkerk, J., Rick, K., & Meengs, L. (2006). *Perceived barriers and effective strategies til diabetes self management*. Hentet 02 mai, 2016 fra Journal of advanced nursing: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=3fa1c872-a9ce-4743-bdd8-ec1ac2325d2c%40sessionmgr4001&hid=4112>
- Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). *Perceived support from healthcare practions among adults with type 2 diabetes*. Hentet 18 april, 2016 fra Journal of advanced nursing: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x/epdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02.juli.1999 nr 63*. Hentet 29.april 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler, & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg.). Oslo: Gyldedal akademisk.
- Ribu, L., & Singstad, T. (2013). Sykepleie til personer med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3* (1. utg., ss. 609-656). Oslo: Cappelen Damm.
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering* (1. utg.). Oslo: Gyldedal akademisk.
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skarfjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling* (ss. 19-66). Oslo: Akkribe AS.
- St.meld nr 47. (2008-2009). *Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet 11 mai, 2015 fra Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Sæterstrand, T., Holm, S. G., & Brinchmann, B. S. (2015). *Hjemmesykepleie- hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis*. Hentet 18 april, 2016 fra Klinisk Sygepleje: <https://www.idunn.no/file/pdf/66755360/hjemmesykepleiepraksis.pdf>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagoikk i sykepleiepraksi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1.

Database: Svemed+		Dato for søk: 18.04.16			
Søkeord	MESH-ord	Avgrensinger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
Diabetes mellitus			2609		
Education			12938		
1 AND 2		Adult Artikkel	51		
1 AND 2	Diabetes mellitus	Adult Artikkel 2006-2016	9	4	2
<b>Funn av artikler:</b>					
" vi går inn i det private rommet til pasienten" Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. Skrevet av: Anne Svelstad Evju, Gøril Salomonsen Klette, Anne Kasen, Terese Bondas					
"Learning to live with illness; experiences of person with recent diagnoses of diabetes mellitus" skrevet av: Åsa Kneck, Birgitta Klang, Ingegerd Fagerberg.					

Database: Medline		Dato for søk: 02.05.16			
Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler	
1. Diabetes type 2		130, 338			
2. Self Management		14, 259			
3. Patient education		86, 696			
4. Barriers		87, 956			
1 AND 2 AND 3 AND 4	English Adult 2006-2016	18	5	1	
<b>Funn av artikkel:</b>					
" Perceived barriers and effective strategies to diabetes self managment" skrevet av Jean Negelkerk, Kay Reick og Leona Meengs					

<b>Database:</b> Svemed+				
<b>Dato for søk:</b> 18.04.16				
Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
Hjemmesykepleie	2006-2016 Norway	5	3	1
<b>Funn av artikkel:</b> "Hjemmesykepleiepraksis- Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis" skrevet av Torill Sæterstrand, Solrun G. Holm og Berit S. Brinchmann				

<b>Database:</b> Oria				
<b>Dato for søk:</b> 18.04.16				
Søkeord	avgrensinger	Antall treff	Antall lest	Antall inkluderte artikler
Bjørg Karlsen	Artikler 2006-2016	36		
AND Diabetes type 2	Artikler 2006-2016	8	6	1
<b>Funn av artikkel:</b> " Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes" skrevet av Bjørg Oftedal, Bjørg Karlsen og Edvin Bru				