



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 557

Informasjon fra deltaker

Tittel *: God egenomsorg ved diabetes type 2

Antall ord *: 8685

Navn på veileder *: Reidun Stauland

Tro- og loverklæring *: Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

God egenomsorg ved diabetes type 2

Good self-care in type 2 diabetes

Kandidatnummer: 557

Veileder: Reidun Stavland

Innleveringsdato: 26. april 2018

Antall ord: 8685 ord

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

God egenomsorg ved diabetes type 2

«Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg?»



Apple-picking. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.
https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/apple-picking/1/139_1958698/Apple-Picking

Bacheloroppgave i sykepleie

Stord, April 2018

Kull 2015

Sammendrag

Tittel: God egenomsorg ved diabetes type 2

Bakgrunn for valg av tema: Diabetes type 2 er et økende problem over hele verden. Pasienter som ikke følger anbefalte behandlingsregimer står i fare for å utvikle alvorlige senkomplikasjoner. Det er derfor viktig at sykepleier innehar gode kunnskaper omkring sykdommen for å kunne bidra til endringer som fører til god egenomsorg hos denne pasientgruppen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å gi økt kunnskap og rette fokuset mot hvordan sykepleier kan bidra til at personer med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg.

Metode: Oppgaven er basert på en litteraturstudie. Faglitteratur og forskningsartikler er brukt for å besvare oppgavens problemstilling.

Resultat: Oppnåelse av god egenomsorg ved dårlig regulert diabetes type 2 kan være komplisert og flere faktorer spiller inn. Relasjon mellom pasient og sykepleier, veiledningsmetode, oppfølging fra sykepleier og egen medvirkning ser ut til å ha betydning.

Konklusjon: Sykepleier kan motivere pasienten og er pliktig til å gi informasjon. Den kan også bidra til økt kunnskap, men det er pasienten selv som må gjøre seg opp egne ønsker og valg.

Nøkkelord: Diabetes type 2, livsstilsendring, veiledning, god egenomsorg

Summary

Title: Good self-care in type 2 diabetes

Background: Type 2 diabetes is an increasing problem worldwide. People who do not follow encouraged treatment regimens are at risk of developing serious complications. Therefore it is important that the nurse contains great knowledge about the disease to contribute to changes and achievement of self-care to this patient group.

Topical approach: How can the nurse help patients with poor regulation of type 2 diabetes to achieve good self-care?

Purpose: This thesis purpose is to offer increased knowledge and to focus on how the nurse can contribute to help patients with poor regulation of type 2 diabetes to achieve good self-care.

Method: The thesis is based on a study of literature. Literature and research articles are used to answer the thesis' topical approach.

Results: Achievement of self-care when suffering from poorly regulated type 2 diabetes can be complicated and have several influencing factors. Relations between patient and nurse, method of guidance, nurse follow-up and the patients' own involvement seem to affect the result.

Conclusion: The nurse can motivate the patient and is required to inform and contribute to increased knowledge; however, the patient is ultimately in charge of his or her own choices and wishes.

Keywords: Type 2 diabetes, lifestyle change, guidance, good self-care

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKT MED OPPGAVEN	2
1.3	PROBLEMSTILLING	2
1.4	PRESISERING OG AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING	2
1.5	OPPGAVENS DISPOSISJON	3
2.0	TEORI	4
2.1	DIABETES	4
2.1.1	HVA ER DIABETES?	4
2.1.2	DIABETES TYPE 2	4
2.1.3	FOREKOMST, ÅRSAKER, SYMPTOMER OG FUNN	4
2.1.4	BEHANDLING	5
2.1.5	KOMPLIKASJONER	6
2.2	SYKEPLEIE TIL PASIENTER MED DIABETES TYPE 2	6
2.2.1	SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON	6
2.2.2	BRUKERMEDVIRKNING	7
2.3	SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	7
2.3.1	DOROTHEA OREM	8
2.3.2	EGENOMSORG	8
2.3.3	EGENOMSORGSBEHOV	8
2.3.4	EGENOMSORGSSVIKT	9
2.3.5	SYKEPLEIESYSTEMENE	9
3.0	METODE	10
3.1	HVA ER METODE?	10
3.2	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	10
3.3	FREMGANGSMÅTE OG LITTERATURSØK	10
3.4	KILDEKRIKK	14
3.5	FORSKNINGSETIKK	15
4.0	RESULTAT	17
4.1	ARTIKKEL 1	17
4.2	ARTIKKEL 2	17
4.3	ARTIKKEL 3	18
4.4	ARTIKKEL 4	19
4.5	ARTIKKEL 5	20
4.6	SAMLET ANALYSE AV HOVEDRESULTAT	21
5.0	DRØFTING	22
5.1	NÅR MÅLET ER GOD EGENOMSORG	22
5.2	PRAKTISKE FAKTORER SOM HAR BETYDNING FOR GOD EGENOMSORG AV SYKDOMMEN	23
5.3	VEILEDNING TIL ENDRING OG GOD EGENOMSORG	26
6.0	KONKLUSJON	29
	REFERANSELISTE	30
	VEDLEGG 1: OVERSIKTSTABELL OVER INKLUDERTE FORSKNINGSARTIKLER	34-37

1.0 Introduksjon

Sykdommen diabetes har i løpet av de siste årene hatt en dramatisk vekst i befolkningen. Dette utgjør en stor utfordring for både pasienter og helsevesenet. I følge Verdens helseorganisasjon er det i dag over 400 millioner mennesker som har diagnosen, sammenlignet med 100 millioner i 1980 (WHO, 2016). Diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes, og har hatt en tredoblet prevalens de siste 30 årene. Det kan derfor tenkes at diabetes type 2 er med på å trekke tallene på antall personer med diabetes betraktelig opp. Bare i Norge er minst 200 000 personer diagnostisert med sykdommen. Den økende forekomsten av sykdommen skyldes blant annet bedre diagnostikk og økt levealder, men også et økt inntak av fett og sukker, fedme og mangel på fysisk aktivitet. (Mosand & Stubberud, 2015, s. 509).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Egne erfaringer fra sykepleierstudiet tilsier at diabetes kan være en utfordrende sykdom som påvirker pasienten på flere måter. Om man jobber i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten, vil sykepleiere til en hver tid møte ulike pasienter med diabetes som har ulike utfordringer. Det er da viktig at sykepleiere har den fagkunnskapen som er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Sykepleiere må ha god forståelse om sykdommen generelt, men også inneha gode kunnskaper om undervisning- og veiledningsmetoder som kan bidra til at pasienter oppnår god egenomsorg ovenfor sykdommen.

Det spesielle med diabetes type 2 er at sykdommen kan reverseres helt ved hjelp av livsstilsendringer. Med grunnlag i dette er den tredoblede prevalensen de siste 30 årene skremmende. Egne erfaringer og forskning viser stadig at man ved medisinske avdelinger på sykehus møter reinnlagte pasienter på grunn av dårlig regulert diabetes type 2. Med grunnlag i dette er det mulig at en av årsakene til den dårlig regulerte diabetesen kan skyldes usikkerhet og mangelfull kunnskap om sykdommen.

Konsekvensen av dette er da at pasienten i liten grad følger opp sykdommen sin. Dette kan føre til et høyt blodsukker over en lengre tidsperiode, som igjen kan føre til senkomplikasjoner. I en rolle som sykepleier vil det derfor være svært nødvendig å

vite hvordan en på best mulig måte kan bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg før vedkommende utvikler disse.

1.2 Hensikt med oppgaven

Den overordnede hensikten med denne oppgaven er fordypning i et avgrenset område innenfor sykepleie. Diabetes type 2 er et økende problem i dagens samfunn. Egne erfaringer har vist at flere pasienter ikke mestrer god egenomsorg knyttet til sykdommen. Dette er derfor et viktig tema å ta tak i, som også er av stor sykepleiefaglig betydning. Hensikten med den foreliggende litteraturstudien er derfor å gi økt kunnskap og rette fokuset mot hvordan sykepleier kan bidra til at personer med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg?

1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling

Mosand & Stubberud (2015) sier at diabetes type 2 som oftest rammer mennesker fra 40 årsalderen, men det er også registrert et økende antall mennesker med sykdommen i 20-30 års-alderen de siste årene. En årsak til dette kan være at den yngre befolkningen drar opp prevalensen (s. 509). Denne oppgaven vil derfor avgrenses til mennesker i yrkesaktiv alder. Hvor stor andel av personer med diabetes type 2 denne gruppen omfatter finnes det ikke noe klar litteratur eller forskning på. Likevel kan det tenke seg at denne gruppen er i vekst, og vil ha et økt behov for hjelp fra helsepersonell i fremtiden. Denne antagelsen er basert på registreringen av et økende antall mennesker i den yngre aldersgruppen de siste årene som har utviklet sykdommen. Videre avgrenses oppgaven til pasienter innlagt på medisinsk avdeling på sykehus der bakgrunnen for innleggelsen er dårlig regulert diabetes type 2. Fokuset vil være på den pasientgruppen som trenger noe ekstra. Pasienter som trenger veiledning fra sykepleier. Pasientgruppen har hatt diagnosen en stund, men har ikke satt i gang livsstilsendringer for å begrense sykdommen og dens mulige senkomplikasjoner. Problemstillingen vil bli drøftet på et generelt nivå, uten å gå inn på spesielle forhold, som eksempelvis sosiale forhold og eventuelle tilleggs sykdommer.

Problemstillingen tar for seg hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg. Med god egenomsorg, menes her å ha evne til å ta vare på seg selv og egen helse. Pasientgruppen denne oppgaven tar for seg er i arbeid og anses som oppegående, likevel har de dårlig regulert blodglukose som følge av at de ikke har tatt kontroll over diabetesen sin. De har ikke satt i gang livsstilsendringer for å begrense sykdommen. Videre defineres dette som egenomsorgssvikt. Pasientgruppen har behov for tilrettelegging og praktisk hjelp fra helsepersonell for å mestre sykdommen sin og dermed oppnå god egenomsorg.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven inneholder seks kapitler som er videre delt inn i underkapitler. I første kapittel blir tema og problemstilling presentert, samt bakgrunn for valg av tema, hensikt med oppgaven og avgrensing av problemstillingen. I andre kapittel blir diabetes type 2, sykepleieteori og annen sykepleiefaglig litteratur som belyser oppgaven og dens problemstilling presentert. I tredje kapittel presenteres metoden som er brukt og innhenting av data. I fjerde kapittel er det sammendrag av forskningsartiklene oppgaven baseres på. Videre i femte kapittel, i drøftingsdelen, blir innholdet i teoridelen og resultatdelen drøftet, som videre gir en konklusjon av oppgaven som blir presentert i sjette kapittel.

2.0 Teori

2.1 Diabetes

2.1.1 Hva er diabetes?

Diabetes er en kronisk sykdom som rammer bukspyttkjertelen, pankreas. Pankreas har både en endokrin og en eksokrin funksjon. Begge er cellegrupper som produserer hormoner. I det endokrine vevet finner vi betaceller som produserer insulin, som er det sentrale hormonet ved diabetes. I det eksokrine vevet finner vi derimot alfaceller som produserer glukagon, som også er et sentralt hormon. Glukagon øker blodglukosen. Ved diabetes svikter den endokrine delen av pankreas. Dette fører til at insulinproduksjonen faller. Glukagonproduksjonen fortsetter gjerne lengre, som da fører til at glukosekonsentrasjonen i blodet stiger på grunn av manglende frigjøring av insulin (Jenssen, 2011, s. 380-381).

2.1.2 Diabetes type 2

Det finnes ulike typer diabetes. De mest kjente formene er type 1- og type 2-diabetes (Møinichen, 2014, s. 31). Andre typer omtales diabetes LADA, diabetes MODY, svangerskapsdiabetes og sekundær diabetes (Møinichen, 2014, s. 32). Denne oppgaven tar for seg diabetes type 2, og de andre typene er utenfor oppgavens omfang og vil derfor ikke bli videre konkretisert. Diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes og kjennetegnes av varierende grad av insulinresistens og relativ insulinmangel. Insulinresistens vil si at opptaket av glukose i muskler og fettvev er nedsatt, fordi insulinets virkning er redusert. De fleste personer med type 2-diabetes har insulin resistens. Dette betyr at cellene som skal ta imot glukose ikke reagerer på insulin som fører til at glukosen blir værende i blodet. I starten av forløpet vil pankreas kompensere for insulinresistens ved å produsere mer insulin, men etter hvert blir pankreas overarbeidet og insulinproduksjonen avtar (Mosand & Stubberud, 2011, s. 509).

2.1.3 Forekomst, årsaker, symptomer og funn

Diabetes type 2 rammer oftest personer fra 40-årsalderen og oppover. Forekomsten av diagnosen øker med i eldre aldersgrupper, men den har også

blitt mer vanlig hos personer ned i 20-årsalderen de siste årene (Jenssen, 2011, s. 385). Årsaker til utviklingen av sykdommen kan være arv, livsstil og inaktivitet. En må være genetisk disponert for å få sykdommen, og dersom en også er overvektig vil dårlig livsstil kunne utløse sykdommen.

Det typiske forløpet for diabetes type 2 er at blodglukosen stiger langsomt, ofte 10-12 år, før diagnosen stilles. Tidlig i sykdomsforløpet vil pasienten ofte ha få eller ingen symptomer. Noen opplever å være trøtt, slapp, å ha uklart syn og en kan se økt tendens til infeksjon. Senere i forløpet vil pasienten merke økt tørst, hyppig vannlating, økt matlyst, vekttap, uklart syn og nummenhet i huden. Symptomene er ofte diffuse. Dette fører til at mange oppdager sykdommen seint, som igjen fører til at mange har utviklet senkomplikasjoner på diagnosetidspunktet (Jenssen, 2011, s. 386).

2.1.4 Behandling

Behandlingsprinsippene for diabetes type 2 er livsstils regulering, perorale antidiabetika og insulin. Behandlingen dreier seg ikke bare om å holde blodglukosen lav, men også om å ha kontroll over blodtrykket og blodlipidene. Basen i behandlingen vil derfor alltid være å tilrettelegge levevanene slik at disse faktorene holdes under kontroll (Jenssen, 2011, s. 386). I en tidlig fase av sykdommen er det ingen forskjell på tiltakene som forebygger og som behandler diabetes. Et sunt kosthold og jevnlig fysisk aktivitet vil både forebygge diabetes type 2 hos de som er i faresonen, og behandle blodglukose, blodtrykk og blodlipider hos en som nylig har fått diagnosen (Jenssen, 2011, s. 387).

De første månedene eller årene ved nyoppdaget diabetes type 2 er ofte kostholdsendring og endring i levevanene til mer fysisk aktivitet tilstrekkelig for tilfredsstillende regulering av blodglukosen. Dersom blodglukosen ikke er tilfredsstillende regulert ved hjelp av tilpasninger i kostholdet i løpet av de første tre månedene er det nødvendig å gi perorale antidiabetiske legemidler for å stabilisere den. Mange vil etterhvert også ha behov for insulinbehandling.

Det er da vanlig å kombinere insulinbehandling med minst et peroralt antidiabetikum (Jenssen, 2011, s. 387).

2.1.5 Komplikasjoner

Personer med dårlig regulert blodglukose over tid står i fare for å utvikle senkomplikasjoner. Disse deles videre inn i mikro- og makrovaskulære komplikasjoner, som begge oppstår på grunn av høy blodglukose.

Mikrovaskulære komplikasjoner er sykdom i de små blodkarene. Eksempel på mikrovaskulære komplikasjoner er retinopati (sykdom i netthinnen på øyet), nefropati (nyresykdom), nevropati (sykdom i perifere vener) og aterosklerose (åreforkalkning). Eksempel på makrovaskulære komplikasjoner er hjerte- og karsykdommer. Makrovaskulære komplikasjoner oppstår på grunn av aterosklerose i de store blodkarene, som medfører risiko for iskemisk hjertesykdom eller hjerneslag. Dette er en av grunnene til at det i senere tid ikke bare har vært fokus på å behandle blodglukosen, men også blodtrykket og lipidene. En har et håp om å senke forekomsten av kardiovaskulær sykdom hos personer med diabetes type 2 (Jenssen, 2011, s. 388).

2.2 Sykepleie til pasienter med diabetes type 2

Mosand & Stubberud (2015) vektlegger at for å ivareta pasientens grunnleggende behov ved diabetes trengs det oppdatert kunnskap om sykdommen og pasientgruppen. En hovedutfordring mange sykepleiere møter er å bidra til at pasienten selv kan ta ansvaret for behandlingen og leve et fritt liv med sykdommen. Videre poengterer de at når pasienten ikke mestrer egenomsorg, har vedkommende krav på, faglig forsvarlig sykepleie og behandling (s. 508). Dette understreker Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 som omtaler pasientopplæring som en av de fire lovpålagte oppgaver en sykepleier har. I dette tilfellet innebærer dette at sykepleier må informere, motivere og veilede pasienten på best mulig måte slik at vedkommende oppnår god egenomsorg.

2.2.1 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Bø og Helle (2005) skriver at pedagogikk omfatter alt som har med læring, veiledning, utvikling, undervisning og oppdragelse å gjøre (Siert i Tveiten, 2012, s. 181). Sykepleier har en pedagogisk funksjon, og er den del av

sykepleiens helhet (Brataas, 2011, s. 91). Sykepleierens pedagogiske funksjon er et viktig redskap for å møte den enkeltes behov (Brataas, 2011, s. 18). Brataas (2011) vektlegger at for å betegne noe som sykepleiepedagogisk, må dette falle inn under sykepleiens kunnskap- og kompetansefelt (s. 20). Dette er utfordrende og krever god faglig forståelse av den som skal utøve sykepleiepedagogikk. Sykepleiepedagogikk blir videre delt inn i veiledning og undervisning (Tveiten, 2012, s. 181). Veiledning beskrives som en prosess som omhandler pasientens egne ressurser for læring og bevisstgjøring. Sykepleieren har med andre ord ansvar for å legge til rette for at pasienten blir bevisst på hva som kan ha betydning for helse og helsefremming, hvilke muligheter vedkommende har, og hvordan mulighetene eventuelt kan virkeliggjøres (Tveiten, 2012, s. 184-185). Ved undervisning blir pasienten satt i en mer passivisert rolle, mens sykepleieren eller eksperten, formidler kunnskap med det formål om å oppnå kunnskap, forståelse og endring i adferd (Brataas, 2011, s. 43).

2.2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning står sentralt på flere områder innen diabetesomsorgen, og omtales som et begrep som legger vekt på å sette pasientens ønsker og behov i fokus (Allgot, 2011, s. 210). I lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) omtales det også hvordan pasienten har rett til å medvirke til egen pleie, behandling og de valg dette innebærer. Brukermedvirkning er med andre ord en lovfestet rettighet pasienten har (Allgot, 2011, s. 211). Det innebærer at pasienten skal være med på å medvirke, å ta beslutninger ved egen behandling, og at det til slutt er pasienten selv som tar selvstendige valg og står ansvarlig for eget liv.

2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv

For å belyse problemstillingen vil denne oppgaven se nærmere på arbeidet til den amerikanske sykepleieteoretikeren Dorothea Orem.

2.3.1 Dorothea Orem

Orem begynte sitt arbeid for å øke forståelsen av hva sykepleie egentlig er på slutten av 1950 tallet (Cavanagh, 1999). Hun presenterte for første gang sin teori i 1971. Den ble senere revidert og utgitt flere ganger (s. 16). Teorien til Orem består av tre delteorier som bygger på hverandre: teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene og sykepleiens hjelpemetoder (Cavanagh, 1999, s. 11). Videre blir begrepet egenomsorg presentert sammen med en presentasjon av Orems tre teorier.

2.3.2 Egenomsorg

Orem beskriver egenomsorg som; «Individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve» (Cavanagh, 1999, s. 17). Videre vektlegger hun at egenomsorg omhandler de aktivitetene hvert individ iverksetter og utfører selv for å opprettholde liv, helse og velvære. Hun påpeker at omsorgen iverksettes frivillig av individet. Dersom egenomsorgen er opprettholdt blir det en automatisert prosess hvor en ofte ikke konkret tenker over hva en foretar seg til en hver tid for å opprettholde god helse (Cavanagh, 1999, s 17).

2.3.3 Egenomsorgsbehov

Sentralt i Orems sykepleieteori er de såkalte åtte egenomsorgsbehovene. Disse omfatter de vesentlige fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet. Hun vektlegger at hvert aspekt er viktig for at et menneske skal kunne fungere på egenhånd. Egenomsorgsbehovene tar i hovedsak for seg tilstrekkelig tilførsel av luft, vann og mat, og utskillelse av avfallsstoffer. Dersom det oppstår et problem innenfor noen av disse områdene kan mennesket havne i en livstruende tilstand. Mennesket er også avhengig av en balanse mellom aktivitet og hvile for og yte optimalt. En har behov for en balanse mellom sosial kontakt og å være alene. Man må kunne vurdere situasjoner som kan være farlige, forebygge disse, og eventuelt beskytte seg selv mot disse. Mennesket har også et behov for å føle tilhørighet, eller føle seg normal innenfor en sosial gruppe (Cavanagh, 1999, s. 19-20). Disse egenomsorgsbehovene er helt nødvendige behov som den enkelte må mestre for å kunne si at en utøver god egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 20).

2.3.4 Egenomsorgssvikt

Egenomsorgssvikt opptrer når et individ ikke klarer å opprettholde de åtte essensielle egenomsorgsbehovene. Mennesket har i stor grad evne til å kunne tilpasse seg endringer, men det kan oppstå ulike situasjoner som overskrider vedkommende evne til å oppfylle egenomsorgsbehovene. Når en slik egenomsorgssvikt foreligger vil en kunne trenge hjelp til å møte sine egenomsorgsbehov. Denne hjelpen kan hentes fra blant annet familie, venner og/eller sykepleiere (Cavanagh, 1999, s. 25).

2.3.5 Sykepleiesystemene

Orem regner med tre sykepleiesystemer: det *helt* kompenserende, det *delvis* kompenserende og det *støttende og undervisende* systemet. Det *helt* kompenserende systemet består av at sykepleieren utfører og overtar pasientens egenomsorg da pasienten er ute av stand til å dekke sine egne universelle egenomsorgsbehov. Sykepleieren er dermed tilstede, og ivaretar disse behovene inntil pasienten (om mulig) kan gjenoppta sin egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 41). Det *delvis* kompenserende systemet krever ikke samme bredde og intensitet i utførelsen av sykepleie som et helt kompenserende system. Sykepleieren må fremdeles kompensere, men pasienten er mer involvert i sin egenomsorg i form av avgjørelser og handlinger (Cavanagh, 1999, s. 42). Det *støttende og undervisende* systemet omhandler pasienter som selv greier å ivareta sin egenomsorg, men som i midlertidige faser trenger assistanse fra sykepleiere. Denne assistansen kan være å hjelpe pasienten i opplæring samt observere at alt går fint (Cavanagh, 1999, s. 43).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er i følge Dalland (2012) et hjelpende redskap i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss med å hente inn nødvendig data og den informasjonen vi trenger til den spesifikke undersøkelsen (s. 112). Metode vil med andre ord være en stor og viktig del av denne oppgaven. Dalland (2012) legger frem to hovedretninger for å finne data: kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er egnet til målbare enheter og resulterer ofte i statistikker med ulike variabler som kan fremstilles i form av tabeller og grafer (Dalland, 2012, s. 112). Kvalitativ metode går mer i dybden, og ønsker å få frem en helhet. Denne metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2012, s. 112). For å belyse problemstillingen denne oppgaven presenterer er både kvalitativ og kvantitativ forskning inkludert. Sammen kan disse gi en helhetlig forståelse av problemet.

3.2 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven er det forhåndsbestemt at det skal skrives en litterær oppgave. En litterær oppgave er i følge Forsberg & Wengstöm (2008) en systematisk gjennomgang av et spesifikt emne eller problemområde, og baserer seg på noe som er nedskrevet (s. 30). Dette betyr at denne oppgaven baserer seg på kunnskap som allerede eksisterer (Dalland, 2012, s. 228). Mulrow & Oxman vektlegger at en slik studie går ut fra en tydelig problemstilling som blir besvart ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning og teori som er relevant for temaet (Sitert i Forsberg & Wengström, 2008, s. 27). Hensikten med en slik studie er ved hjelp av forskning og teori å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen problemstillingen etterspør.

3.3 Fremgangsmåte og litteratursøk

I denne oppgaven blir en del sentrale og grunnleggende temaer fra sykepleierstudiet omtalt. Sykepleie til pasienter med diabetes type 2, sykepleierens pedagogiske funksjon, motiverende intervju og brukermedvirkning er blant disse. For å finne relevant litteratur ble det derfor i hovedsak gjort en gjennomgang av pensumlitteraturen fra sykepleierstudiet. Dalland (2012) vektlegger at litteratur er et viktig grunnlag for alle studentoppgaver, og at lærebøker og fagbøker er et godt utgangspunkt (s. 67). Her ble det funnet mye relevant teori for oppgaven, men for å

gå dypere inn i oppgavens problemstilling ble teori utenfor pensumlisten for sykepleierstudiet også brukt. For og finne denne teorien ble det gjort et søk i skolens bibliotek ved hjelp av søkemotoren Oria. Disse funnene inkluderer bøker som omhandler diabetes som sykdom, Orem sin sykepleieteori, sykepleierens pedagogiske funksjon, motiverende intervju og helseveiledning. I tillegg til dette inkluderer oppgaven tall og statistikker fra Verdens Helseorganisasjon (WHO). Det presenteres også lovverk som er relevant for oppgaven og sykepleiepraksis. For å finne forskningsbasert kunnskap er det blitt gjort søk i databasene SveMed+ og Cinahl. Nortvedt, Jamtvedt, Graverhold, Nordheim & Reinart (2017) vektlegger at forskningsbasert kunnskap kan fungere som en veiviser i praksis når en jobber med pasienter (s. 18). Nedenfor presenteres søkeord på norsk og engelsk som er blitt brukt i søk av forskningsartikler. Med tanke på at Cinahl er en internasjonal database, med engelsk som språk, er det viktig at søkeordene blir oversatt til gode, engelske søkeord. Ordlisten MeSH ble derfor brukt til å oversette søkeordene fra norsk til engelsk. MeSH er en omfattende helsefaglig ordliste som kan bidra til mer presise søk i internasjonale databaser (Høgskulen på Vestlandet, u.d.).

Norsk	Engelsk
Diabetes mellitus type 2	Type 2 diabetes mellitus
Reinnleggelse på sykehus	Hospital readmission
Hyperglykemi	Hyperglycemia
Motivasjon	Motivation
Helseinformasjon	Health information
Helseveiledning	Health guidance
Europa	Europe
Norge	Norway
Helseforståelse	Health literacy

Søk som førte til valgte artikler presenteres i søketabeller nedenfor:

Artikkel 1: Søk i Cinahl med ønske om å finne en artikkel som tok for seg dårlig regulert blodglukose hos pasienter med diabetes type 2 og helsepersonells veiledende rolle i møte med disse pasientene.

Dato for søk:	Nummer:	Søkeord:	Antall treff:	Artikkel:
11.01.2018	S1	Diabetes mellitus type 2	19497	
11.01.2018	S2	Hyperglycemia	4010	
11.01.2018	S4	S1 AND S2	1079	
11.01.2018	S5	Health education	38309	
11.01.2018	S6	Nurse	168793	
11.01.2018	S7	S4 AND S5 AND S6	11	Artikkel 6/11

Artikkel 2 og 3: Søk i Cinahl med ønske om å finne en artikkel som tok for seg pasienter med diabetes type 2 som var motivert for livsstilsendringer. To artikler ble funnet ved hjelp av samme søkeord i ulike kombinasjoner. Begge inkluderer både sykepleier og pasient i møte med endringer, og erfaringsbaserte metoder som fungerer best for pasienten.

Dato for søk:	Nummer:	Søkeord:	Antall treff:	Artikkel:
14.02.2018	S1	Diabetes mellitus type 2	20396	
14.02.2018	S2	Motivation	31681	
14.02.2018	S3	Health education	39124	
14.02.2018	S4	S1 AND S2 AND S3	77	
14.02.2018	S5	Europe	382102	

14.02.2018	S6	S4 AND S5	20	Artikkel 16 av 20
14.02.2018	S7	Norway	7629	
14.02.2018	S8	S4 AND S7	2	Artikkel 2 av 2

Artikkel 4: Søk i Cinahl med ønske om å finne en artikkel som tok for seg pasienter med diabetes type 2 og reinnleggelse på sykehus.

Dato for søk:	Nummer:	Søkeord:	Antall treff:	Artikkel:
18.02.2018	S1	Diabetes mellitus type 2	20427	
18.02.2018	S2	Hyperglycemia	4062	
18.02.2018	S3	Hospital readmission	999	
18.02.2018	S4	S1 AND S2 AND S3	1	
18.02.2018	S5	S1 AND S3	8	Artikkel 7 av 8

Artikkel 5: Søk i SveMed+ som er en nordisk database. Med tanke på tidligere funn ville en artikkel som tok for seg sykepleiere sine tanker omkring pasienters forståelse av helseinformasjon i Norge være interessant for oppgaven. Forskning gjort i Norge vil også styrke relevansen til min sykepleiepraksis. Funnene ble derfor avgrenset til forskning gjort i Norge. Søkeordene helseveiledning og helseinformasjon ga ingen treff. Det nyere begrepet health literacy, ga derimot resultat. En kombinasjon av søkeordene Diabetes mellitus type 2 og health literacy førte til en kvantitativ artikkel som er blitt inkludert i oppgaven.

Dato for søk:	Nummer:	Søkeord:	Antall treff:	Artikkel:
19.02.2018	1	Diabetes mellitus type 2	282	
19.02.2018	2	Helseveiledning	0	
19.02.2018	3	Helseinformasjon	0	
19.02.2018	4	Health Literacy	12	

19.02.2018	5	#1 AND #3	1	Artikkel 1 av 1
------------	---	-----------	---	-----------------

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er i følge Dalland (2012) de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann (s. 67). Kildekritikk betyr med andre ord å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Kritikken må til en hver tid sees i forhold til det kilden skal belyse (Dalland, 2012, s. 72-73). Denne oppgaven presenterer både kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning kan gi nyttig informasjon om diabetes som sykdom, mens kvalitativ forskning kan si noe om pasienters og helsepersonells oppfatning av sykdom og behandling. Kvantitative- og kvalitative forskningsartikler, sammen med relevant faglitteratur, vil være et godt utgangspunkt for å belyse oppgavens problemstilling.

Dalland (2012) vektlegger at i et fagfelt som vokser raskt, må en vurdere om litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon (s. 73). Ved innhenting av data i denne oppgaven er det derfor blitt brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artikler som er benyttet i oppgaven er ikke eldre enn 10 år med tanke på at diabetes er en sykdom som stadig er i utvikling. Artikler publisert før 2008 er derfor blitt forkastet. Forskningsartiklene er grundig vurdert opp mot IMRAD kriteriene: Introduksjon (Hvorfor forfatterne ønsker å gjøre studien), Metode (Hvordan studien ble gjennomført, og hvordan resultatene ble analysert), Resultat (Hva de fant) og Diskusjon (Hva forfatterne mener resultatene betyr (Nortvedt et al., 2012, s. 69). Forskningsartiklene har deretter blitt kritisk vurdert gjennom screeningspørsmål og sjekklister fra arbeidsboken jobb kunnskapsbasert (Nortvedt et al., 2012, s. 70).

Etter et systematisk søk inkluderes 5 forskningsartikler i oppgaven; 4 kvalitative og 1 kvantitativ. Det finnes mye funn og resultat omkring emnet og man er avhengig av gode søkeord for å finne frem til ønskede artikler. Det er blitt brukt mye tid for å vurdere aktuelle søkeord og kombinasjoner som kan gi gode resultat. Livsstilsendring og egenomsorg ble først vurdert som gode søkeord for oppgaven, men etter utprøving, ble det funnet lite relevant forskning tilknyttet disse. Helseveiledning, helseinformasjon og hyperglykemi var derimot søkeord som ga gode treff, og som er blitt benyttet i oppgaven. Ønskede artikler ble funnet selv om søkeordene som først

var tenkt ble byttet ut. Antall artikler ble begrenset ved kombinasjon av aktuelle søkeord og treffene ble betydelig redusert. Gjenstående treff ble nøye vurdert ved en gjennomgang av abstrakt. Videre ble de mest relevante nærlest. En kvalitativ studie fra Brasil ble blant annet forkastet på bakgrunn av store kontraster innen helse og utvikling. Det ble gjort en vurdering om at problemstillingen best blir belyst med de valgte artiklene.

De valgte forskningsartiklene er publisert i 2008, 2011, 2012 og 2014.

Forskningsartiklene fra 2008 er nøye vurdert da de ligger i på grensen til tidsomfanget oppgaven inkluderer. Artiklene er til tross for dette vurdert som troverdig og relevant for problemstillingen i dag. For å vurdere artiklenes faglige kvalitet er alle artikler vurdert ut ifra tidsskriftene de er publisert i. Dette gir en indikasjon på at de er fagfellevurdert. Artiklene presenterer studier gjennomført i Norge, Sverige og Storbritannia. Dette gir en indikasjon på at resultatene er relevante for Norge og fremtidig sykepleiepraksis. Oppgaven inkluderer også to artikler fra USA. Dette kan innebære en lavere grad av relevans for den norske sykepleiepraksisen, men de tilfører likevel oppgaven noe, og bidrar til et svar på problemstillingen.

3.5 Forskningsetikk

Forskningsetikk innebærer at personvernet og troverdigheten av forskningsresultatene ivaretas. Ethiske overveielser handler om at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de skal håndteres (Dalland, 2012, s. 95-96). I en oppgavesammenheng må en ta hensyn til etiske overveielser. Med tanke på at dette er en litteraturstudie bygger mine forskningsetiske overveielser på andres forskningsetiske overveielser som har sagt at forskningen foreligger i forhold til forskningsetiske retningslinjer. Likevel sier Dalland (2012) at det kreves kritisk vurdering av kilder slik at feil ikke blir ført videre dersom kildene ikke er etterrettelige (s. 80). Litteraturen som har blitt benyttet i oppgaven er derfor kritisk vurdert. De fleste forskningsartiklene er godkjent av etiske komitéer for oppgaveskriving (Dalland, 2012, s. 98). Alle forskningsartiklene er vurdert opp mot etiske hensyn som anonymisering og frivillig deltagelse, og har ved bruk i denne oppgaven blitt vurdert som å ha fulgt etiske overveielser (Dalland, 2012, s. 102).

Litterære og vitenskapelige arbeid er vernet gjennom åndsverksloven. Det betyr at en kan bruke andres arbeid så lenge opphavsmann blir navngitt og arbeidet ikke blir gjengitt på en måte som kan være krenkende for opphavsmannen (Dalland, 2012, s. 80). Oppgaven skiller bevisst mellom eget og andres arbeid ved fortløpende kildehenvisning av litterært og vitenskapelig arbeid for å vise respekt for forfatterne, og for å overholde retningslinjer for oppgaveskriving.

4.0 Resultat

4.1 Artikkel 1

”Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner”. (Bartol, 2011)

Dette er en kvalitativ studie utført i USA basert på kliniske studier og personlige erfaringer. Målet med studien var å vurdere sykepleier sin rolle i motivasjons- og veiledningsarbeid knyttet til pasienter med diabetes type 2. De skulle hjelpe dem med å ta kontroll over egen sykdom, og nå behandlingsmål slik at de fikk en positiv opplevelse av både sykdom og behandlingen.

Studien omtaler hvordan sykepleiere kan bistå med motivasjon og veilede personer med diabetes til livsstilsendring. Det blir trukket inn eksempler som kan hjelpe oss som sykepleiere å videreformidle informasjon til diabetespasienter for å mestre sin egen sykdom. Vi får også eksempler på ulike antidiabetikum og insulin, og det blir videre trukket frem hva som kan være vanskelig for pasienten - og hva sykepleier da kan bidra med.

Resultatet av studien viser at i en rolle som sykepleier har en stor betydning for hvordan pasienter med diabetes type 2 mestrer sin sykdom. Sykepleiere spiller en sentral rolle i opplæring av pasientgruppen i forhold til å gi dem en forståelse av behovet for, og nytten av kontroll over sykdommen. Sykepleiere kan bistå med motivasjon, og veilede personer med diabetes til livsstilsendring og mestre utfordringer sykdommen medbringer. Studien konkluderer med at hvordan vi utfører vår rolle som sykepleier er avgjørende for pasientens kontroll av sykdommen.

4.2 Artikkel 2

”Patients with type 2 diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study”. (Malpass, Andrews & Turner, 2008)

Dette er en kvalitativ studie utført i Storbritannia hvor 30 personer som ble diagnostisert diabetes type 2 i løpet av halvåret før studien startet deltok i dybdeintervju. Intervjuet ble utført for å kartlegge deltakernes livs- og helsesituasjon i årene forut for diagnosen. Videre ble det kartlagt hvilken rolle fysisk aktivitet og

ernæring hadde for denne gruppen, og hvordan oppfølging fra sykepleier påvirket disse faktorene. Gjennom studiet fikk deltakerne oppfølging av en sykepleier og ernæringsfysiolog over en 12 måneders periode. Målet med studien var å vurdere hvilken rolle fysisk aktivitet og ernæring hadde for denne målgruppen, og videre sammenhengen mellom dette og livsstilsendringen. Det ble også kartlagt hvordan oppfølging fra sykepleier og ernæringsfysiolog påvirket disse faktorene.

Studien viser en klar sammenheng mellom deltakernes kunnskap om diagnosen og deres fysiske aktivitet, og deres oppfatning om viktigheten rundt livsstilsendringer. Flere blir motiverte når de ser at blodsukkeret kan stabiliseres ved hjelp av et sunnere kosthold og fysisk aktivitet i hverdagen.

Resultatet av studien viser at pasientgruppen har et stort utbytte av å motta informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet og riktig ernæring for å igangsette livsstilsendringer som følge av sykdommen. Oppfølging fra sykepleier er viktig, og kan sees på som en motiverende faktor for pasientene, og dette bidrar til at den opprettholder endringene over tid.

4.3 Artikkel 3

“Type 2 diabetic patients’ experiences of two different educational approaches – A qualitative study”. (Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2008)

Dette er en kvalitativ studie fra Sverige som studerer 28 personer med diabetes type 2. Hensikten med studien var å sammenligne pasienters erfaring fra gruppebasert undervisning med individuell undervisning. Dette ble kartlagt ved hjelp av semistrukturerte intervju. Intervjuene ble tatt opp på bånd og videre analysert. 14 av deltakerne mottok individuell undervisning, og de resterende 14 deltok i 4-5 gruppesamlinger.

Gjennom studien kommer det tydelig frem at de som deltok i gruppesamlingene følte støtte fra sykepleiere, medpasienter og ble engasjert til livsstilsendringer. Deltakerne fortalte at de var positivt overrasket over samlingene. En av deltakerne sa at han i utgangspunktet ikke ønsket å høre om de andre deltakernes opplevelse av diabetes, men at han etterhvert oppfattet dette som nyttig. En annen deltaker vektla at hun

oppfattet det som inspirerende å kunne diskutere med andre personer i samme situasjon. Dette bidro videre til økt motivasjon. I gruppen for individuell veiledning fortalte deltakerne at de fikk en passiv rolle. Sykepleierne fungerte som overordnede - pasienten lyttet mens sykepleier ga råd. En av deltakerne fortalte at sykepleieren var opptatt av å spesifisere hva en ikke skulle spise. Deltakeren forteller også at hun heller hadde ønsket instruksjoner hun kunne drøftet sammen med veileder. Dette kunne økt forståelsen for hvorfor, og hvordan diabetes type 2 henger sammen med hva en spiser. Videre fortalte en annen deltaker at hun ikke forsto betydningen av diabetes type 2, men at hun ble oppfordret til fysisk aktivitet, og at hun derfor trener jevnlig.

Resultatet av studien viser at pasientene hadde best erfaring med gruppebasert undervisning. Her var de selv aktiv og delte erfaringer med veileder og de andre på gruppen. De fikk en forståelse av sykdommen i større grad, og et inntrykk av diagnosen gjennom drøfting. Dette styrket evnen og viljen deres til å yte god egenomsorgen.

4.4 Artikkel 4

”Hospital readmission and emergency department use based on prescribing patterns in patients with severely uncontrolled type 2 diabetes mellitus”. (Lee, Franks, Barlow & Farland, 2014).

Dette er en kvalitativ studie utført i USA basert på en retrospektiv kohort studie. Studien tok for seg pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 som var innlagt på medisinsk avdeling i løpet av en 9 måneders periode. Det ble fylt ut en rapport med alle pasienter diagnostisert med diagnosen som hadde en HbA1c verdi over 10% gjennom et sykehusopphold i perioden mellom oktober 2010 og juni 2011. Rapporten ble deretter screenet for inklusjons- og eksklusjonskriterier. Eksklusjons kriterier inkluderte gravide, personer under 18 år og over 65 år, forventet levealder under 12 måneder, type 1 diabetes og nylige diagnostisert type 2 diabetes.

Etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene var gjennomgått, var det 83 gjenværende personer i aldersgruppen 18 til 65 år. Disse ble videre delt inn i to grupper. 49 pasienter skulle intensivere sin diett og medisinerer ved utskrivelse av sykehuset,

mens de resterende 34 skulle ikke gå i gang med endringer ved utskrivelse fra sykehus. Hensikten med studien var å avgjøre risikoen for reinnleggelse på sykehus hos pasienter med et HbA1c nivå over 10% basert på om diett og medisinerer ble intensivert ved utskrivelse fra sykehus eller ikke.

Studiens resultat viser at pasientene som intensiverte diett og diabetes medisinerer ved utskrivelse fra sykehuset var mindre utsatt for reinnleggelse innen 90 dager. De hadde også en betydelig lengre sykehusfri periode sammenlignet med kontrollgruppen.

4.5 Artikkel 5

”Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy»”.
(Finbråten & Pettersen, 2012).

Dette er en kvantitativ studie utført i Norge basert på en spørreskjemaundersøkelse blant diabetessykepleiere. Artikkelen tar for seg diabetessykepleiere i Norge sitt syn på sine pasienters health literacy. Studien kartla om pasienter med diabetes type 2 hadde god nok kunnskap rundt egen sykdom, slik at de selv kunne utøve forebyggende tiltak mot senkomplikasjoner. Spørreskjemaet ble sendt til alle diabetessykepleiere i Norge, hvor 108 responderte. Hensikten med studien var å kartlegge hvilke erfaringer diabetessykepleiere i Norge hadde med pasienters helseinformasjonsforståelse og gjøre sykepleierne oppmerksomme på begrepet health literacy.

Resultatet av studien viser at respondentene mener at de fleste pasientene var i stand til å lese og forstå helseinformasjon. Til tross for dette mente majoriteten at pasientene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om kropp, sykdom, medikamenter og sammenhengen mellom disse. Respondentene mente også at de færreste pasientene var i stand til å kritisk vurdere informasjon fra ulike kilder.

Health literacy blir i dag ikke kartlagt i Norge. Studien konkluderer med et mulig behov for å innføre rutiner på dette. Det kan være relevant for diabetessykepleiere å kartlegge pasienters health literacy før de gir helseinformasjon slik at de kan tilpasse informasjonen til hver enkelt pasient.

4.6 Samlet analyse av hovedresultat

- Sykepleiere har en sentral rolle i opplæring av pasienter med diabetes type 2 og en stor betydning for hvordan denne pasientgruppen mestrer egen sykdom.
- Pasienter med diabetes type 2 har nytte av å motta informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet og ernæring for å igangsette livsstilsendringer.
- Kunnskap fører til forståelse for viktigheten av et sunt kosthold og fysisk aktivitet.
- Oppfølging fra sykepleier blir sett på som en motiverende faktor for å opprettholde livsstilsendringer for pasienter med diabetes type 2.
- Pasienter ønsker å inkluderes i egen behandling
- Å få kunnskap om andres erfaring med samme diagnose oppleves som positivt for pasientene.
- Livsstilsendringer reduserer risikoen for reinnleggelse på sykehus.
- Det er viktig at helsepersonell tilpasser informasjon til svake lesere, at informasjon blir gitt skriftlig og muntlig, og at utøveren av informasjonen forsikrer seg om at mottakeren har forstått det som er blitt sagt.
- Det kan være nødvendig å innføre rutiner på kartlegging av pasienters helserelaterte leseferdigheter for å kunne tilpasse informasjonene til hver enkelt pasient.

5.0 Drøfting

Videre vil problemstillingen «Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår egenomsorg?» bli drøftet i lys av tidligere forskning, sykepleiefaglig teori, Orems modell om egenomsorg og praktiske utfordringer.

5.1 Når målet er god egenomsorg

Behandlingen av diabetes type 2 består i hovedsak av at pasienten får regulert diabetesen. Dette inkluderer både kostholdsending, optimalisering av levevaner og medikamentell behandling (Vaaler & Møinichen, 2014, s. 89). Ulike studier belyser at god sykepleie kan bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 følger sykdommens behandlingsregimer og oppnår deretter kontroll over sykdommen og god egenomsorg (Bartol 2011 & Malpass et al 2008). Pasientgruppen denne oppgaven presenterer har allerede fått diagnostisert diabetes, men har til tross for dette ikke fulgt behandlingsregimene for å kontrollere den. Dette har ført til dårlig regulert blodglukose og reinnleggelse på sykehus. Når målet er god egenomsorg hos pasienter med dårlig regulert diabetes type 2, bør elementene i behandlingsregimene følges. En sykepleiefaglig utfordring i en slik situasjon er å vurdere hva som kreves for at disse pasientene skal endre livsstilen når de ikke gjorde dette på diagnostiseringstidspunktet. En annen utfordring er kort innleggelsestid på sykehuset. På hjemmebane blir pasientene trolig bare fulgt opp av fastlegen. Dette betyr at sykepleierne er avhengig av å gi god opplæring i løpet av pasientens tid på sykehuset for at pasienten skal være i stand til å oppnå god egenomsorg ved utskrivelse.

Ved egenomsorgssvikt vil sykepleier kunne kompensere ved bruk av Orem's sykepleiesystem slik at pasienter oppnår god egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 40). Med bakgrunn i at denne oppgaven tar for seg pasienter i yrkesaktiv alder vil ikke de fleste sykepleiere møte behov for det helt kompenserende system. Det delvis kompenserende og det støttende og undervisende systemet vil derimot være aktuelt. Det delvis kompenserende systemet vil være aktuelt fordi pasienten har sviktende kunnskaper som forhindrer vedkommende i å dekke sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999, s. 42). Den dårlig regulerte blodglukosen skyldes at pasienten ikke har tatt hånd om sin diabetes. Årsaker til dette kan blant annet være sviktende kunnskaper om sykdom og om behandling. Sykepleiere må da samle inn data og

kartlegge pasienten slik at den har best mulig forutsetninger til å hjelpe pasienten på en god måte mens pasienten befinner seg på sykehuset. Orem sitt støttende og undervisende system tar derimot for seg pasienter som ivaretar sin egenomsorg, men som i midlertidige situasjoner vil trenge assistanse fra sykepleier. Denne assistansen trenger i mange tilfeller ikke å innebære mer enn en bekreftelse og forsikring om at alt går fint (Cavanagh, 1999, s. 43). Når en pasient blir innlagt på medisinsk avdeling som følge av egenomsorgssvikt kan det være hensiktsmessig med en kombinasjon av disse to systemene fordi pasienten selv kan mene å ha god egenomsorg, mens sykepleier er uenig. Pasienten trenger da å utvikle både kunnskaper og ferdigheter om egen sykdom slik at den forstår situasjonen den står overfor. Dette kan i følge Orem (Cavanagh, 1999) oppnås ved en overlapping av sykepleiesystemene (s. 43). Ved utskrivelse fra sykehus er målet et støttende og undervisende system, hvor sykepleier sørger for at pasientens egenomsorg er til stede, mens pasienten selv utfører den.

5.2 Praktiske faktorer som har betydning for god egenomsorg av sykdommen

Verdens helseorganisasjon vektlegger at den store forekomsten av diabetes type 2 har en klar sammenheng med et økt inntak av fett og sukker, fedme og mangel på fysisk aktivitet (WHO, 2017). I lys av dette er det mulig at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 må gå ned i vekt og bli mer fysisk aktiv for å få regulert sykdommen sin. Dette understrekes også av Malpass et al (2008) som viser til at fysisk aktivitet sammen med kostholdsending blir ansett som gunstig og nødvendig i behandlingen av diabetes type 2. Det kan dermed tenkes at et godt kosthold og jevnlig fysisk aktivitet er praktiske faktorer som har betydning for egenomsorg av sykdommen. Prescott (2014) hevder at det har vist seg å være vanskelig å endre atferd på disse områdene, og at bare en sjettedel av diabetespasienter rapporterer at de klarer å følge opp anbefalingene. En atferdsending bygger på tre underliggende psykologiske komponenter: motivasjon, mestringsevne og beslutningstaking (s. 23). Dette er faktorer sykepleiere kan hjelpe pasientene å oppnå, og er ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 en lovpålagt oppgave en har som sykepleier. Prescott (2014) sier at motivasjon er knyttet til spørsmålet om hvorfor man bør gjøre endringer. Pasienten må derfor få kunnskap om hva fysisk aktivitet og et godt kosthold vil gjøre med kroppen (s. 23). Eksempler på motivasjon for økt fysisk aktivitet kan blant annet være at kondisjonen øker, man får økt muskelstyrke og en mindre

fettprosent. Videre sier Prescott (2014) at mestring inneholder tre delkomponenter: konkrete framgangsmåter, praktiske ferdigheter og mestringstillit. Man må vite hvordan man skal gå fram, ha nok kunnskap om emnet og ha tro på at man kan gjennomføre en gitt handling. Beslutningstaking bygger på motivasjon og mestring, og dreier seg om å bestemme seg for å gjøre endringer og markerer en overgang fra å tenke på endring til å handle (s. 24). Sykepleieren utfordres her i å gi råd, informasjon og veiledning på en slik måte at pasienten ser alvoret i situasjonen og viktigheten av endring. I følge Prescott (2014) kan bruk av motiverende intervju være nyttig i en slik sammenheng. Sykepleieren vil da rette søkelyset mot de underliggende faktorene som påvirker endring – man prøver å hente frem og styrke pasientens motivasjon, mestring og evne til å ta beslutninger (s. 23). Den avgjørende makten for endringen ligger hos pasienten. For at informasjon, veiledning og råd skal være til nytte må pasienten aktivt velge å benytte seg av dem.

Vaaler og Møinichen (2014) hevder at vektreduksjon har gunstig virkning på kontroll over blodsukker og på risikoen for utvikling av senkomplikasjoner (s. 90). En studie fra USA viser at reinnleggelse på sykehus hos pasienter med et HbA1c nivå over 10% reduseres dersom det blir gjort en kostholdsending ved utskrivelse fra sykehus (Lee et al., 2014). Videre vektlegger Vaaler & Møinichen (2014) at god opplæring er en forutsetning for endring (s. 90). Likevel sier Orem at omsorgen, til slutt, iverksettes frivillig av hvert individ (Cavanagh, 1999, s. 17). Med grunnlag i dette kan det da tenke seg at deltakerne i studien har fått god opplæring og informasjon om hva som betraktes som et godt kosthold. De har også tatt til seg kunnskapen, og benyttet den i praksis for å gå i gang med, og opprettholde kostholdsendinger over tid. God opplæring kan være en sykepleiefaglig utfordring ved sykehus da innleggelsene ofte er kort, noe som betyr at behandlingen må være effektiv. Med grunnlag i dette er det mulig at sykepleiere må benytte seg av hverdagslige situasjoner for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte. Et eksempel er ved måltider, hvor sykepleier kan veilede og informere om hva som betraktes som et godt kosthold og hvordan dette påvirker blodglukosen. Tidligere fikk pasienter ved norske sykehus ferdige måltider servert på brett, men flere norske sykehus har nå en buffet-ordning, som gjør at pasientene kan velge aktivt. Dette gjør det mulig for sykepleiere å veilede og informere pasienter til å velge riktig mat. Aas (2011) anbefaler mat med mest mulig fiber og minst tre hovedmåltider daglig. For mange vil dette være tilstrekkelig for å

oppnå tilfredsstillende blodsukkerkontroll. Det kan også bidra til vektreduksjon, dersom kostholdet tidligere har bestått av matvarer som er rike på karbohydrater og sukker (s. 126). Det er mulig at pasienten ikke har god kontroll over hvilke matretter som inneholder hva. I en slik buffet kan sykepleiere bruke sin fagkunnskap til å skille ut fiberrik mat og anbefale dette for pasienten. Sykepleier kan videre komme med forslag til hvordan pasienten kan implementere dette i hjemmet. Pasienten frykter gjerne utfordringer som tidsbruk og økonomi, men det kan hevdes at sunn mat ikke nødvendigvis tar lengre tid å tilberede eller koster mer enn ferdigmat. Det handler om kunnskap og planlegging, og hvordan dette kan foregå i hjemmet kan sykepleier komme med forslag til. Når pasienten reiser hjem har den mye nyttig informasjon og kunnskap om hva sunn og bra mat er, men om den nyttiggjør seg av denne kunnskapen er selvsagt frivillig. Dersom sykepleier har nådd inn til pasienten i løpet av sykehusoppholdet vil pasienten, i følge Orem (Cavanagh, 1999), utføre egenomsorg i en automatisert prosess hvor den gjerne ikke tenker over hva han eller hun foretar seg for å opprettholde god helse (s. 17). Det kan da tenke seg at pasienten velger sunnere alternativ for å stabilisere blodsukkeret implisitt.

Fysisk aktivitet er som tidligere nevnt, sammen med et godt kosthold, også en sentral rolle i behandlingen av diabetes type 2, og vil bidra til en reduksjon av blodsukkeret. Sagen (2011) vektlegger at det også vil minske risikoen for kardiovaskulær sykdom (s. 152). Dessuten vil fysisk aktivitet også være nødvendig om en skal gå ned i vekt (Vaaler & Møinichen, 2014, s. 90). Mange har en oppfatning om at fysisk aktivitet er synonymt med trening, men Bævre (2014) vektlegger at fysisk aktivitet også kan innebære hverdagsaktiviteter (s. 81). Utfordringen er å finne det som passer best for den enkelte. Sykepleier kan gi informasjon om ulike typer aktiviteter, og sammen med pasienten prøve å finne en givende aktivitetsform. Dersom pasienten ikke ønsker å begynne med rein trening kan daglig fysisk aktivitet eksempelvis innebære å gå til og fra jobben. For at aktiviteten skal bli positivt ladet vektlegger Mosand & Stubberud (2015) at pasienten må få kunnskap om hvordan den virker inn på kroppen både i form av teori og egne erfaringer. Ved at pasienten måler blodglukoseverdien både før og etter aktivitet over lengre tid, får vedkommende den nødvendige erfaringen (s. 523). På denne måten ser pasienten selv kroppens reaksjon på trening, og tar aktivt del i prosessen. Mange vil oppleve mestringsfølelse når de deltar aktivt på denne måten.

I Malpass et al. (2008) sin studie om livsstilsendring ved diabetes type 2 kommer det frem at det å gjennomføre flere livsstilsendringer samtidig, det vil si kostholdsendring og fysisk aktivitet, oppleves som positivt for deltakerne. Det blir også vektlagt at i de tilfeller hvor dette kan bli for mye for pasienten, anbefales fysisk aktivitet først, da dette raskere kan bidra til mestring og bedre selvfølelse. Flere av deltakerne ble motiverte da de så at blodsukkeret var i stand til å stabilisere seg ved hjelp av mer fysisk aktivitet i hverdagen. Studien omtaler videre fysisk aktivitet som en bro som vil gjøre det lettere for pasienten å gå i gang med kostholdsendringer.

5.3 Veiledning til endring og god egenomsorg

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren ”*fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått*” (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette kommer også frem i lov om pasient- og brukerrettigheter (1999), og omtales som brukermedvirkning (Allgot, 2011, s. 210). Det vil dermed være rimelig å si at hovedutfordringen i arbeidet med pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 er at sykepleier skal bidra til at pasienten selv tar ansvar for behandlingen da ansvar for egen helse i større grad blir vektlagt i dagens samfunn (Gabrielsen & Lundetræ, 2014). En kan derfor påstå at engasjement og ansvar for egen behandling er en svært viktig faktor for oppnåelsen av god egenomsorg. En annen utfordring knyttet til pasientgruppen er at de sannsynligvis ved diagnositidspunktet fikk informasjon om sykdommen, men at de på det tidspunktet ikke tok til seg anbefalingene for hvordan de skulle håndtere sykdommen. Dette kan skyldes lite interesse for egen kropp og helse, men det kan i følge Haugstvedt (2011) også skyldes at vedkommende opplevde diabetesen som en livskrise. En krisetilstand kan defineres som en situasjon der tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige for å forstå og beherske den aktuelle situasjonen (s. 270). Med grunnlag i dette er det rimelig å si at det her fremgår et behov for at helsepersonell jobber for å gjøre pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 i stand til å ta kontroll over sykdommen. Sett i et slikt lys har disse pasientene behov for helsepedagogikk. Helsepedagogikk omfatter alt som dreier seg om læring, utvikling, veiledning, undervisning og oppdragelse i en helsesammenheng. Om en gir informasjon, underviser eller veileder vil avhenge av situasjonen en er i (Tveiten, 2012, s. 181). Forskning viser at veiledning er en av de

nevnte helsepedagogiske metodene som blir opplevd som hjelpsomt av pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 (Bartol 2011 & Adolfsson et al 2008). Listen over metoder som kan brukes i veiledning av sykepleier er lang. Kravet til kunnskapsbasert praksis er uttalt. Det vil dermed være rimelig å si at sykepleier skal jobbe målrettet og med en metode som vi vet fungerer. Denne oppgaven tar for seg motiverende intervju og gruppeveiledning da tidligere forskning viser at disse veiledningsmetodene har best dokumentert effekt.

Bartol (2011) hevder at det å lytte til og være der for pasienten, vil hjelpe sykepleier til å identifisere problemet sammen med pasienten, slik at vedkommende blir klar over egen situasjon og starter endringen. Denne samtalemotoden kan i følge Prescott (2013) beskrives som et motiverende intervju (s. 23). Som behandler prøver man da å få frem motivasjonen hos pasienten. Dette kan man gjøre ved å speile endringsorienterte utsagn, og be personen utdype og fortelle mer. Dialogen vil da bli preget av «motivasjonsuttalelser», og motivasjonen skapes i dialog mellom hjelper og klient (Christiansen, 2013, s. 177). Den beste løsningen er derfor sjelden å fortelle hva pasienten må gjøre for å endre sin helsetilstand, men heller fokusere på hvilke helsegevinster et endret kosthold og fysisk aktivitet kan føre til. Dette kommer også frem i Orem sin egenomsorgsteori, der det blir vektlagt at sykepleier skal hjelpe pasient til å møte sine egenomsorgsbehov ved å ligge til rette for bruk eller utvikling av egne ressurser (Cavanagh, 1999, s. 20). Det er rimelig å si at hvordan sykepleier legger til rette for pasientens læring, kan ha avgjørende betydning for pasientens helse og opplevelse av livskvalitet. Gabrielsen & Lundetræ (2014) hevder at leseferdighetene til voksne nordmenn varierer, og er av betydning for hvordan man klarer å ivareta egen og pårørendes helse. Finbråten & Pettersen (2012) skriver at det ikke finnes rutiner på kartlegging av pasienters forståelse av helsesrelatert informasjon. Med grunnlag i dette kan det tenkes at relasjonen mellom sykepleier og pasient i stor grad er knyttet til behandlingen, hvor de baserer seg på kommunikasjon på lik linje, slik at formidlet informasjon blir forståelig for begge parter. Det kan da være nyttig at sykepleier velger formuleringer på pasientens nivå, for å øke pasientens utbytte. Dette kommer også frem i studien til Malpass et al. (2008) hvor pasientene vektlegger sammenhengen mellom hvor mye de forstår av kunnskapen de får om diagnosen og sammenhengen mellom sykdommen, kosthold og fysisk aktivitet - og viktigheten av igangsetting av livsstilsendringer som følge av sykdommen. Flere blir motiverte når de

ser at blodsukkeret stabiliserer seg ved hjelp av mer fysisk aktivitet i hverdagen og et sunnere kosthold. Sett i et slikt lys vil sykepleier sin pedagogiske funksjon være svært viktig i behandlingen av pasienter med diabetes type 2, slik at pasienten ikke bare blir bedt om å gjøre noe, men også oppnår forståelse for hvorfor det er viktig. Det kan derfor hevdes at dersom pasienten skal få nytte av helsereelatert informasjon er det viktig at sykepleier videreformidler sin fagkunnskap på en måte som er hensiktsmessig for pasienten. Sykepleier kan i løpet av sykehusoppholdet til pasienten gi informasjon, og bidra til økt kunnskap, men til slutt er det pasienten selv som tar egne valg.

Sykepleier kan individuelt hjelpe pasienten ved bruk av blant annet motiverende intervju, men Adolfsson et al (2008) sin studie viser at pasientene som deltok i denne studien foretrekker gruppeveiledning ovenfor individuell veiledning. Dette kom tydelig frem i studien da gruppeveiledning førte til et større engasjement for egen behandling blant pasientene sammenlignet med individuell veiledning. Gjennom gruppeveiledningen bestemte pasientene selv hvilke temaer relatert til utfordringer ved diabetes type 2 og egenomsorg det ble fokusert på. Pasientene ble dermed automatisk aktivert til læring. De var engasjert, lærte av hverandre og opparbeidet nødvendig kunnskap omkring diagnosen. Dette førte til at pasientene ble mer aktivt involvert i sin egen egenomsorg. Denne studien gir et innblikk på hvor viktig brukermedvirkning er for pasienters læring.

Både motiverende intervju og gruppeveiledning har vist seg å ha effekt for igangsetting av livsstilsendringer hos pasienter med diabetes type 2 (Bartol 2011 & Adolfsson et al 2008). Dette viser at pasientene er ulike, og at oppfølgingen derfor må tilpasses individet. Cavanagh (1999) sier at dette også understrekes i Orems sykepleiemodell da den ikke kommer med en fasit for hvordan pleien skal være. Den bygger på pasientens ressurser, styrker og behov (s. 16). Modellen gir med andre ord rom til å ha forskjellig tilnærming til ulike pasienter. Det kan derfor hevdes at sykepleier må legge frem hvilke muligheter vedkommende har, og sammen med pasienten finne ut hvilke behandlingsmetoder som kan passe best for hver enkelt slik at han eller hun oppnår god egenomsorg.

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven presenterer hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 oppnår god egenomsorg. Litteraturen viser enighet innenfor feltet om at sykepleier er pliktig til å gi informasjon, og bidra til økt kunnskap slik at pasienter har mulighet til endring. Det vil derfor være rimelig å si at sykepleier har et ansvar ovenfor pasienter som blir innlagt på medisinsk avdeling med dårlig regulert diabetes type 2.

I følge resultatet er det flere tiltak som har betydning for pasienter med dårlig regulert diabetes type 2 sin oppnåelse av god egenomsorg. Behandlingen er kompleks og omhandler ikke bare om å holde blodglukosen lav, men også om å ha kontroll over blodtrykket og blodlipidene. Å inneha gode kunnskaper om sykdommen blir derfor sett på som nødvendig for å kunne forstå viktigheten av gode levevaner. Motiverende intervju og gruppeveiledning er veiledningsmetoder som gir pasientene økt kunnskap og motivasjon for endring. Det er ulikt hva hver enkelt pasient foretrekker, og sykepleier må derfor sammen med pasienten vurdere hva som er optimalt. For pasientgruppen denne oppgaven tar for seg vil livsstilsendringer være helt nødvendig for å kunne oppnå god egenomsorg og kontroll over sykdommen. Livsstilsendringer vil blant annet innebære et sunt kosthold og jevnlig fysisk aktivitet. Disse tiltakene vil være avhengig av pasientens egen motivasjon, som viser seg å være kjernen for å kunne starte og oppnå en livsstilsendring. Sykepleier sitt bidrag vil derfor bare være en liten del av pasientens livsstilsendring, og det er pasienten selv som bestemmer om han eller hun er mottakelig for endringene.

Referanseliste

- Adolfsson, E. T., Starrin, B., Smide, B. & Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 45(7): 986-994.
Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.007
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 205-215). Oslo: Akribe.
- Bartol, T (2011) Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner. I: American Academy of Nurse Practitioners. 24 (1), s. 270-276
Hentet 11.01.2018 fra
<http://web.a.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=51802159-9b81-4aa4-9655-f9442233fc6b%40sessionmgr4009>
- Brataas H., V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (Red.), *Sykepleie pedagogisk praksis* (1. Utg., s. 18-30). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brataas, H., V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H. Brataas (Red.), *Sykepleie pedagogisk praksis* (1. Utg., s. 31-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brataas, H., V. (2011). Pedagogisk grunnlagsmodell som verktøy for pasientsentrert praksis. I H. Brataas (Red.), *Sykepleie pedagogisk praksis* (1. Utg., s. 87-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bævre, H. (2014). Diabetes, fysisk aktivitet og idrett. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. Utg., s. 77-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cavanagh, J., S. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2013). Levevaner og endringsprosesser – konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (1. Utg., s. 161-187).

- Finbråten, H. S. & Pettersen, K. S. (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «Health literacy». *Vård i Norden*, 47-51. Hentet 19. februar 2018 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/134454/finbr%C3%A5ten%20g%20pettersen.pdf?sequence=1>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien*, 9(1), 26-34. Doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029>
- Høgskulen på Vestlandet (u.d). Søk på fagressurser. Bergen. Høgskulen på Vestlandet. Hentet 8. januar 2017 fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-pa-fagressursar/?typer=Ordbok>
- Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s. 379-391). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lee, H. P., Franks, S. A., Barlow, B. P. & Farland, Z. M. (2014). Hospital readmission and emergency department use based on prescribing patterns in patients with severely uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 16(3), 150-155. Doi: 10.1089/dia.2013.0168
- Malpass, A., Andrews, R. & Turner, M., K. (2008). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. *Patient education and counseling*, (74)2, 258-263. Doi: 10.1016/j.pec.2008.08.018
- Mosand, D., R. & Stubberud, D-G. (2015). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg., s. 507-536). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Møinichen, T. (2014). Hva er diabetes? I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. Utg., s. 31-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 4. april 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 13. mars 2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Prescott, P. (2014). Motiverende intervju. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. Utg., s. 23-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sagen, J. V. (2011). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging oppfølging, behandling*. (s. 147-157). Oslo: Akribe.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet 13. mars 2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_3
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vaaler, S. & Møinichen, T. (2014). Behandling av type 2 diabetes. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. Utg., s. 89-98). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. Hentet 6. april 2018 fra <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>

World Health Organization. (2017). *Diabetes*. Hentet 27. februar 2018 fra
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

Aas, A. M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.),
Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling. (s. 123-145). Oslo: Akribe.

Vedlegg 1: Oversiktstabell over inkluderte forskningsartikler

Nr	Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
1	<p>“Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner”.</p> <p>(Bartol, 2011).</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere sykepleier sin rolle i å motivere og veilede pasienter med diabetes type 2 til å ta kontroll over sin egen sykdom og nå behandlingsmålene slik at de får en mer positiv erfaring med sykdom og behandlingen den medfølger.</p>	<p>Kvalitativ studie utført i USA basert på kliniske studier; personlige erfaringer.</p>		<p>Studiens resultat viser at sykepleier spiller en stor rolle ved pasienters mestring av diabetes type 2. Som sykepleier vil en ha en ledende rolle som kan ha stor innvirkning på hvordan hver enkelt pasient håndterer sin sykdom. Sykepleier kan bistå med motivasjon og veilede personer med diabetes til livsstilsendring og mestre utfordringer sykdommen medbringer.</p>
2	<p>“Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere hvilken rolle informasjon om, og oppfølging av fysisk aktivitet</p>	<p>Kvalitativ studie utført i Storbritannia. Dybdeintervju.</p>	<p>Det deltok totalt 30 personer i aldersgruppen mellom 30 og 80 år, som hadde blitt diagnostisert</p>	<p>Resultatet av studien viser at pasienter med diabetes type 2 finner det hjelpsomt å motta informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet og ernæring for og</p>

	<p>qualitative study”.</p> <p>(Malpass, Andrews & Turner, 2008)</p>	<p>og ernæring hadde for pasienter med diabetes type 2.</p>		<p>med diabetes type 2 i løpet av de siste 6 månedene. Det deltok også 15 sykepleiere og ernæringsfysioter.</p>	<p>igangsette livsstilsendringer som følge av sykdommen.</p>
3	<p>”Type 2 diabetic patients’ experiences of two different educational approaches – A qualitative study”.</p> <p>(Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2008)</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pasienters erfaring av gruppebasert undervisning sammenlignet med individuell undervisning.</p>	<p>Kvalitativ studie utført i Sverige. Semistrukturerte, individuelle intervju som ble tatt opp på bånd og analysert.</p>	<p>Det deltok totalt 28 personer. Av disse hadde 14 mottatt individuell undervisning og de resterende 14 hadde deltatt i 4-5 gruppesamlinger.</p>	<p>Resultatet av studien viser at pasientene hadde best erfaring av gruppebasert undervisning. Her var de selv aktiv og delte erfaringer med veileder og de andre på gruppen. Dette styrket evnen til og være aktivt involvert i sin egen egenomsorg. I den individuelle undervisningen fikk pasienten en mer passiv rolle, og veileder kom med råd som pasienten skulle følge.</p>
4	<p>”Hospital readmission and emergency department</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke risikoen for reinnleggelse</p>	<p>Kvalitativ studie utført i USA basert på en retrospektiv</p>	<p>Det deltok totalt 83 personer i aldersgruppen mellom 18 og</p>	<p>Resultatet av studien viser at pasientene som intensiverte deres diett og diabetes</p>

	<p>use based on prescribing patterns in patients with severely uncontrolled type 2 diabetes mellitus”.</p> <p>(Lee, Franks, Barlow & Farland, 2014).</p>	<p>på sykehus for pasienter med alvorlig ukontrollert diabetes type 2 basert på om pasientene intensiverte sin diett og diabetes medisinering, eller ikke.</p>	<p>kohort studie. Studien tok for seg pasienter innlagt på medisinsk avdeling i løpet av en 9 måneders periode.</p>	<p>65 år. Disse ble videre delt inn i to grupper: 49 pasienter skulle intensivere deres diett og diabetes medisinering ved utskrivelse, mens 34 skulle ikke.</p>	<p>medisinering ved utskrivelse fra sykehuset var mindre utsatt for reinnleggelse innen 90 dager sammenlignet med de pasientene som ikke strammet inn disse regimene.</p>
5	<p>”Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy»”.</p> <p>(Finbråten & Pettersen, 2012).</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge om pasienter med diabetes type 2 har god nok kunnskap rundt sin sykdom, slik at de selv kan utøve forebyggende tiltak mot senkomplikasjoner</p>	<p>Kvantitativ studie utført i Norge basert på en spørreskjema undersøkelse.</p>	<p>Det deltok totalt 108 diabetessykepleiere (40% svarrespons).</p>	<p>Resultatet av studien viser at respondentene mener at de fleste pasientene var i stand til å lese og forstå helseinformasjon. Likevel mente flesteparten at pasientene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om kropp, sykdom, medikamenter og</p>

		sykdommen kan medføre.			sammenhengen av disse faktorene. Respondentene mente også at de færreste pasientene var i stand til å kritisk vurdere informasjon fra ulike kilder.
--	--	---------------------------	--	--	---