



BACHELOROPPGAVE:

**Egenomsorg av diabetes type II-
utfordringer ved veiledning**

**FORFATTERE: KRISTINA MYRSVEEN HALVORSEN
BENTE HIMLE**

Dato: 10.05.2013

Høgskolen i Gjøvik
Seksjon for sykepleie
Våren 2013

SAMMENDRAG

| | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Tittel: | Egenomsorg av diabetes type II- utfordringer ved veiledning | Dato: 10.05.13 |
| Deltakere: | Kristina Myrsveen Halvorsen Bente Himle | |
| Veileder: | Siri Gunn Simonsen | |
| Stikkord/nøkkel ord (3-5stk) | diabetes type 2, veiledning, egenomsorg | |
| Antall sider/ord: 63/13552 | Antall vedlegg: 2 | Publisering savtale inngått: ja |
| Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: | <p>Bakgrunn: Primært mål for diabetesbehandlingen er å oppnå glykemisk kontroll for å forebygge alvorlige senkomplikasjoner. Dette avhenger av pasientens grad av egenomsorg. God veiledning er en forutsetning for at dette kan oppnås. Det viser seg at det er lite kunnskap om utfordringer som kan hindre god veiledning av diabetes pasienter.</p> <p>Hensikt: Hensikten er å identifisere utfordringer som hindrer god veiledning av pasienter med diabetes type II, der veiledningen skal bidra til egenomsorg.</p> <p>Metode: Litteraturstudie som bygger på åtte forskningsartikler. Litteratursøkene ble utført i databasene cinahl, academic search elite og pubmed, i tidsperioden januar-april 2013. Søkeord som diabetes type 2, counseling, barriers og nurse ble benyttet.</p> <p>Diskusjon: Det finnes mange hindringer som kan vanskeliggjøre veiledning for å oppnå god egenomsorg hos diabetespasienter. Studien identifiserer dannelse av gode relasjoner, individualisering og brukermedvirkning, sykepleiekompetanse, tverrfaglig samarbeid, og etterlevelse og oppfølging, som de viktigste utfordringene.</p> | |

ABSTRACT

| | | |
|---|---|------------------------|
| Title: | Self-care of diabetes type II - challenges in counseling | Date: 10.05.2013 |
| Participants | Kristina Myrsveen Halvorsen Bente Himle | |
| Supervisor | Siri Gunn Simonsen | |
| Keywords (3-5) | diabetes type 2, counseling, self-management | |
| Number of pages/words: 63/13552 | Number of appendix: 2 | Availability open: yes |
| Short description of the bachelor thesis: | <p>Background: The primary goal of diabetes treatment is to achieve glycemic control, to prevent complications. This depends on patients ability for self-management. Counseling is essential for this to be achieved. It's a lack of knowledge related to challenges that may prevent successful guidance of diabetes patients.</p> <p>Purpose: The purpose is to identify challenges that prevent good counseling of patients with diabetes type II, in which the guidance is intended for self-management.</p> <p>Method: Literature study based on eight scientific research papers. Literature searches were conducted in the databases; Cinahl, Academic Search Elite and PubMed, from January to April 2013. Keywords like, type 2 diabetes, counseling, barriers and nurse were applied.</p> <p>Discussion: There are many obstacles that can inhibit guidance for achieving self-management in patients with diabetes. The study identifies the formation of relationships, individualization and user involvement, nursing skills, interdisciplinary collaboration, and compliance and follow-up, as the main challenges.</p> | |

| | |
|----------------------------|----------|
| Sammendrag | 2 |
| Abstract | 3 |
| Innholdsfortegnelse | 4 |

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1.0 INNLEDNING | 6 |
| 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema | 6 |
| 1.1.1 Diabetes mellitus type II | 6 |
| 1.1.2 Behandling av diabetes | 8 |
| 1.1.3 Veiledning | 10 |
| 1.1.4 Relasjoner | 11 |
| 1.1.5 Brukermedvirkning og empowerment | 12 |
| 1.1.6 Motivasjon og mestring | 13 |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling | 14 |
| 1.3 Avgrensning av problemstilling | 15 |
| 1.4 Hensikten med oppgaven | 15 |
| 1.5 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområder | 16 |
| 1.6 Oppgavens oppbygning | 16 |
| 2.0 METODE | 18 |
| 2.1 Litteraturstudie som metode | 18 |
| 2.1.1 Metodens sterke og svake sider | 18 |
| 2.2 Begrunnelse for valg av teori | 19 |
| 2.3 Metode for innhenting av litteratur | 19 |
| 2.4 Kildekritikk | 22 |
| 2.5 Forskningsetikk | 23 |
| 3.0 RESULTAT | 25 |
| 3.1 Skjematisk fremstilling av artikler | 26 |
| 3.2 Artikkel nr. 1 og 2 | 29 |
| 3.3 Artikkel nr. 3 | 29 |
| 3.4 Artikkel nr. 4 | 30 |
| 3.5 Artikkel nr. 5 | 30 |
| 3.6 Artikkel nr. 6 | 31 |
| 3.7 Artikkel nr. 7 | 31 |
| 3.8 Artikkel nr. 8 | 32 |

| | |
|---|---|
| 4.0 DRØFTING | 33 |
| 4.1 Betydningen av veiledning ved diabetes type 2 | 33 |
| 4.2 Sykepleier som veileder..... | 34 |
| 4.3 Relasjoner - grunnlaget for veiledning..... | 37 |
| 4.4 Individualisering - en utfordring for helsepersonell | 38 |
| 4.5 Brukermedvirkning | 40 |
| 4.6 Tidsbegrensninger..... | 42 |
| 4.7 Tverrfaglig samarbeid | 43 |
| 4.8 Etterlevelse og oppfølging | 44 |
| 4.9 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser | 45 |
| 5.0 KONKLUSJON..... | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| | |
| Etterord | 50 |
| Litteraturliste | 52 |
| Vedlegg 1 Reseptregisteret | 62 |
| Vedlegg 2 PICO modellen | 63 |

Antall ord: 13552

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Nå som vi har vært gjennom flere ulike praksisperioder, samt jobbet i helsesektoren ved siden av studiene, føler vi at vi har fått en bedre forståelse for hva vi kan vente å møte som ferdigutdannede sykepleiere. I løpet av disse årene har vi fått inntrykk av at diabetes, og da særlig diabetes mellitus type II, er en sykdom som går igjen hos mange av pasientgruppene. Denne sykdommen utgjør en stor utfordring for både pasienten og for helsevesenet. For pasientens del skaper sykdommen ofte problemer i form av senkomplikasjoner, som både reduserer livskvaliteten til pasienten, samt øker faren for tidlig død (Jacobsen et al. 2010). Dette vil igjen gi helsesektoren større byrder, særlig økonomisk (Dall et al. 2010). Resultater fra Statistisk Sentralbyrå (2011) sier at forekomsten av diabetes mellitus type II har økt de siste årene, og at det er stadig flere yngre som får diagnosen. Ettersom diabetes type II er en kronisk livsstilssykdom der pasienten selv må leve med, og ta ansvar for sykdommen i hverdagen, føler vi at egenomsorg er noe man bør sette fokus på. Man kan hindre alvorlige senkomplikasjoner ved å holde et stabilt, lavt blodsukker gjennom egenomsorg, men dette krever kunnskap om sykdommen og behandlingen (Jacobsen et al. 2010). For at pasientene skal få de nødvendige kunnskapene, må de få god veiledning av profesjonelle helsearbeidere. Vi ønsker derfor å skrive en oppgave om diabetes mellitus type II, med fokus på utfordringer ved veiledning av pasientene, for å oppnå god egenomsorg for sykdommen.

1.1.1 Diabetes mellitus type II

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som kan deles inn i hovedkategoriene diabetes mellitus type I, diabetes mellitus type II, spesielle diabetestyper og svangerskapsdiabetes, der diabetes mellitus type I og II er de mest vanlige. Ved type I diabetes produserer ikke pankreas, bukspyttkjertelen, nok av hormonet insulin, mens ved type II diabetes er det en kombinasjon av insulinresistens, nedsatt følsomhet for insulin i kroppen, og mangel på insulinproduksjon (Jacobsen et al. 2010). Felles for begge typene er blant annet at pasienten har kronisk hyperglykemi, det vil si en forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet, samt forstyrret karbohydrat-, protein- og fettomsetning (Ibid.). I Følge Verdens Helseorganisasjon (1999) er kriteriene for påvist diabetes mellitus, fastende

blodglukoseverdier over 6.1 mmol per liter i kapillærblod, eller over 7,0 mmol per liter i plasma eller venøst serum.

Diabetes mellitus er et av verdens viktigste helseproblemer (Verdens Helseorganisasjon 2012). Tall fra Verdens Helseorganisasjon (2012) og Folkehelseinstituttet (2007) viser at det per dags dato er cirka 347 millioner personer med diabetes mellitus, hvorav fire av fem har diagnosen diabetes mellitus type II. I Norge er forekomsten av sykdommen høy sammenlignet med andre land (Folkehelseinstituttet 2007). Tall fra reseptregisteret viser at det i år 2012 var registrert 121 628 personer i aldersgruppen 20 til 75 år, som brukte medisiner mot diabetes mellitus type II (Vedlegg 1). Da det også er et ukjent antall som ikke bruker medikamenter for å holde sykdommen under kontroll, samt at det er flere tilfeller hvor sykdommen fortsatt er udiagnostisert, vil det egentlige antallet pasienter med diabetes trolig være høyere (Folkehelseinstituttet 2012).

Verdens Helseorganisasjon (2012) angir at andelen personer med type II diabetes er økende over hele verden, og at dødeligheten som følge av senkomplikasjoner vil øke med to tredjedeler fra 2008 til 2030. Årsakene til en økning av antall diagnostiserte kan være flere, men de viktigste anses å være økte tilfeller av overvekt blant befolkningen. Dette er ofte relatert til feilernæring og fysisk inaktivitet, samt arvelig disposisjon (Folkehelseinstituttet 2007). I Norge er det cirka 6000 til 7000 nye tilfeller av diagnosen hvert år (Diabetesforbundet 2012b). Disse tallene viser at diabetespasienter er en pasientgruppe man som sykepleier kommer til å møte uansett arena, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I mange tilfeller vil ikke diabetes være hovedfokus, da andre sykdommer kan være grunnen til at man møter pasientene. God blodglukosekontroll vil uansett ha betydning for behandlingsresultatet ved mange andre sykdommer (Mosand og Stubberud 2010). Med tanke på at det vil skje en økning i antall diagnostiserte diabetestilfeller, vil det også bli stilt større krav til sykepleietjenesten i forhold til kunnskap om denne sykdommen.

Diabetes mellitus type II har hovedsakelig blitt kalt aldersdiabetes, da sykdommen oftest oppstår etter 40-årsalderen, samt at hyppigheten øker med høyere alder (Jacobsen et al. 2010). I de senere årene har denne trenden blitt noe endret, da flere yngre personer også rammes (Folkehelseinstituttet 2012). Viktige årsaker til en slik endring er blant annet økt kroppsvekt, da flere unge i dag er plaget med fedme og overvekt enn tidligere (Statistisk Sentralbyrå

2011). En levekårsundersøkelse fra Statistisk Sentralbyrå (2009) viser at en av fire nordmenn var overvektige i år 2008. Dette tilsvarer en økning på hele syv prosent de siste ti årene. Blant ungdom finner man tall som viser at andelen overvektige har økt fra syv til tolv prosent fra perioden 1998 til 2008 (Ibid.).

Ved dårlig regulert blodglukosekonsentrasjon som har vart over flere år, er man utsatt for senkomplikasjoner. Dette kan være i form av nefropati, retinopati, nevropati, og aterosklerose som senere kan gi hjerte- og karsykdommer (Jacobsen et al. 2010). Nefropati skyldes skader på de små blodkarene i nyrenes glomeruli, noe som fører til proteinlekkasje i blodårene. Dersom dette får utvikle seg, vil nyrenes funksjon etter hvert bli redusert og pasienten vil utvikle nyresvikt. Ved retinopati oppstår det forandringer på netthinnen som kan føre til synsforandringer og i verste fall blindhet. Nevropati i form av nedsatt følelse og parestesier i ekstremitetene, kommer av skader i små blodkar, og kan føre til små sår som ikke gror. Sykdommer som følge av diabetes utvikles over lengre tid, ofte fem til femten år, og er i stor grad knyttet til høy glukosekonsentrasjon i blodet (Diabetesforbundet 2012a). Senkomplikasjoner kan altså medføre dårligere livskvalitet, nye sykdommer, uføretrygd og økt dødelighet (Ibid.).

1.1.2 Behandling av diabetes

Jacobsen et al. (2010) beskriver flere behandlingsmetoder ved diabetes mellitus type II. Målet er å unngå symptomer på hypo- og hyperglykemi som følge av svingende blodsukker, i tillegg til å forebygge utvikling av senkomplikasjoner. Dette gjøres ved å holde blodsukkeret under ti mmol/l, samt glykolyisert hemoglobin under sju prosent (Ibid.). De fire vanligste behandlingsformene, som utgjør hjørnesteinene i diabetesbehandlingen, er kostbehandling, behandling ved hjelp av fysisk aktivitet, motivasjon og kunnskap hos pasienten, og eventuelt blodsukkensenkende legemidler og insulinpreparat (Jacobsen et al. 2010, Diabetesforbundet 2012a). Behandlingen skal tilpasses den enkelte og velges avhengig av hvor alvorlig sykdommen er, altså hvor vanskelig det er å holde et stabilt blodsukker (Mosand og Stubberud 2010).

Blodglukosekonsentrasjonen kan holdes stabil gjennom riktig kosthold (Sortland 2007). Generelt anbefales diabetikere å spise fire til seks måltider om dagen, med cirka tre timers mellomrom. På den måten får kroppen en jevn tilførsel av næringsstoffer, slik at blodsukkeret holdes mer stabilt uten store svingninger (Mosand og Stubberud 2010). Ellers skal kostholdet

til diabetikere i følge Jacobsen et al. (2010) være på lik linje med anbefalt normal kost. Dette innebærer et energiinntak på cirka 15 prosent proteiner, samt en total fettmengde på 30 til 35 prosent, hvorav en tredjedel er en- eller flerumettet fett (Ibid.). Av karbohydrater bør man ha et lavere innhold av glukose, fruktose, sukrose og laktose, da dette er raske karbohydrater (Sortland 2007).

Balansen mellom energiinntaket fra kosten og energiforbruket via fysisk aktivitet er avgjørende for om kroppsvekten går opp eller ned (Sortland 2007). I dagens samfunn har vi lettere tilgang på energirike matvarer, endrede måltidsmønstre med færre og større måltider om dagen, samt mindre krav til fysisk aktivitet grunnet bedre transportmuligheter og mekanisering av arbeidslivet og hverdagen. Dette gjør at energibalansen ofte blir skjev, og flere blir overvektige (Helsedirektoratet 2009). I følge Jacobsen et al. (2010) vil vektreduksjon hos diabetikere føre til redusert blodglukosekonsentrasjon samt insulinbehov. Fysisk aktivitet har også en direkte effekt på blodsukkeret, da insulinfølsomheten bedres gjennom økt aktivitet (Ibid.).

Når kostbehandling og fysisk aktivitet ikke er tilstrekkelig for å holde et stabilt blodsukker, benyttes perorale antidiabetika og eventuelt insulin (Jacobsen et al. 2010). Det finnes mange ulike typer legemidler, og ofte kombineres disse (Jacobsen et al. 2010, Jenssen og Berg 2010). Insulinbehandling kan bli nødvendig etter flere år med sykdom, hvor insulinpreparater da erstatter den manglende insulinproduksjonen i kroppen (Jenssen og Berg 2010).

En viktig del av behandlingen går på motivasjon og opplæring av pasienten, da pasienten selv skal kunne ta ansvar for egen hverdag og sykdom (Jacobsen et al. 2010). Mosand og Stubberud (2010, s.508) skriver at målet er *“at pasienten skal oppnå egenomsorg i diabetesbehandlingen”*. I følge omsorgsteorien til Dorothea Orem, defineres egenomsorg som; *“De handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære”* (Orem 2001, s. 43). Prosessen innebærer at man oppnår forståelse og innsikt i situasjonen, har evnen til å vurdere og bedømme den, samt at man kan ta selvstendige valg og gjennomføre nødvendige handlinger (Kristoffersen 2008b).

For å kunne regulere eget blodsukker i hverdagen, bør pasienten blant annet kunne måle eget blodsukker. Det er også viktig at pasienten får opplæring og informasjon, da kunnskap om egen sykdom er en forutsetning for god egenomsorg (Diabetesforbundet 2012a). I følge Selle (2002) kreves det av pasienten at han aksepterer sykdommen, opparbeider kunnskap om

diagnosen, og at han har eller får motivasjon til å mestre sin nye livssituasjon. Opplæring i hva diabetes er, hva behandlingen krever i hverdagen, samt praktisk opplæring er viktig (Helsedirektoratet 2009). For å kunne gjøre gode valg, er man avhengig av motivasjon og kunnskap, noe man oppnår gjennom aktiv deltakelse i behandlingen (Ibid.). I følge Mosand og Stubberud (2010) er gruppeveiledning en nyttig strategi, i tillegg til individuell veiledning, for å oppnå egenomsorg ved kronisk sykdom. Pasienten vil da kunne dele sine erfaringer og bekymringer med andre som er i samme situasjon, og på den måten opparbeide seg kunnskaper og motivasjon for å ta mer ansvar for sykdommen (Ibid.). Helsedirektoratet (2009) påpeker viktigheten av at pasientene skal bli i stand til å gjøre gode behandlingsmessige valg i hverdagen. Opplæringens form bør derfor ha fokus på både teoretiske og praktiske utfordringer, samt følelsesmessige aspekter ved det å ha fått en kronisk sykdom (Ibid.).

1.1.3 Veiledning

”Veiledning er en måte å være sammen med og reagere overfor et annet menneske på, slik at vedkommende får hjelp til å utforske sine egne tanker, følelser og handlinger, oppnå en klarere selvforståelse og finne fram til og gjøre bruk av sine ressurser” (Inskipp og Jones 1984, i Kristoffersen 2008a, s.250). Veiledning har til hensikt å fremme pasientens utvikling og vekst. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å utforske egne tanker, følelser og handlinger, samt finne frem til og ta i bruk egne ressurser (Kristoffersen 2008a).

I følge Spesialisthelsetjenesteloven § 3.8 (1999), er opplæring av pasienter og pårørende en av sykehusets fire viktigste oppgaver. Som sykepleier innebærer dette at man har en pedagogisk funksjon der man skal kunne undervise og veilede pasienten. Gjennom samtalerapi bør fokuset hele tiden være pasientens eget perspektiv på situasjonen, samt hvilke erfaringer og oppfatninger vedkommende har angående denne. Hvorvidt pasienten ser på situasjonen som alvorlig eller ikke, vil styre mye av motivasjonsgrunnlaget for endring (Kristoffersen 2008a). Gjennom møter og samtaler bør man snakke, informere, veilede og sette opp personlige mål, samtidig som man hele tiden vektlegger motivasjonsfaktorene, hva som motiverer pasienten til å gjennomføre nødvendige endringer (Ibid.). I følge Kristoffersen (2008a, s. 222) vil *“kunnskap gi økt opplevelse av oversikt og kontroll over situasjonen”*. Dette baserer seg i hovedsak på den kliniske sykepleiekompetansen som omfatter teoretisk, praktisk og etisk kunnskap (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008).

Undervisning er en pedagogisk metode som blir brukt når pasienten skal tilegne seg kunnskaper og ferdigheter. Hvordan innholdet i undervisningen blir lagt opp, avhenger av pasientens motivasjon og innstilling for læring, samt tidligere erfaringer. Videre vil også den relevante situasjonen og pasientens indre behov styre mye av undervisningsopplegget (Kristoffersen 2008a). Pasienter blir stimulert til å yte ved hjelp av informasjon, instruksjoner, rådgivning, aktiv lytting og terapeutisk kommunikasjon. Sykepleierens oppgave er å fremheve ressursene og styrken som pasienten har, samt motivere pasienten til å utfordre seg selv. Også tilbakemeldinger og bekreftelse på gjennomføringen er viktige faktorer (Eide og Eide 2007).

1.1.4 Relasjoner

En relasjon er et forhold mellom to parter. Relasjoner oppstår i samspill med andre mennesker, når man blir følelsesmessig påvirket av andres situasjon (Kristoffersen og Nortvedt 2008). Trygge relasjoner er preget av åpenhet, gjensidighet, forståelse og pålitelighet. For at slike relasjoner kan etableres, er det viktig at pasienten har tillit til sykepleierens faglige vurderinger og handlinger, samt til sykepleieren som person. For å skape slik tillit må sykepleieren vise respekt for pasienten, være tålmodig og forståelsesfull, og ha evne til empati (Ibid.). Empati er en persons evne til å se situasjonen gjennom den andres perspektiv, følelser, oppfatninger og normer (Brudal 2006). For å kunne imøtekomme pasientens behov, og dermed skape trivsel og fellesskap, er det viktig å se situasjonen fra pasientens side. Dette danner grunnlaget for et godt samarbeid som kan gi fremgang og resultat. Den måten helsepersonell fremtrer på og oppfører seg på i møte med pasienten, vil i større eller mindre grad danne grunnlaget for hvorvidt pasienten føler seg trygg og ivaretatt (Kristoffersen og Nortvedt 2008).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee bygger mye av sin teori på relasjonen mellom sykepleier og pasient. *“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene”* (Kristoffersen 2008b, s. 27). Travelbee fokuserer på mellommenneskelige egenskaper som kommunikasjon og relasjoner, og mener at sykepleiers mål er å hjelpe mennesket til å mestre og finne mening under sykdom. Ved å støtte pasienter og styrke deres håp, kan man bidra til at pasienten mestrer situasjoner og endringer (Kristoffersen 2008b). I samhandling med andre er

kommunikasjon påkrevd for å danne et fellesskap. For at kommunikasjonen skal bli effektiv, er det viktig med en felles forståelse av situasjonen. Kommunikasjon foregår gjennom forskjellige kanaler, der følelser vises gjennom språk, stemmebruk, blikk, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser (Håkonsen 2009). Åpen og god kommunikasjon er viktig for at pasientens behov skal bli oppdaget, og for at sykepleien skal bli utført på best mulig måte. Kunnskap om pasientgruppe, samt forståelse for andres reaksjoner og følelser, er nødvendig for at kommunikasjonen skal bli god (Ibid.). Gjennom et tett samarbeid og gode relasjoner vil man kunne skape positive holdninger ovenfor oppstått sykdom, som vil ligge til grunn for motivasjonen til egenomsorg. Ved å individualisere sykepleien, vil man lettere kunne nå inn til pasienten, og dermed kunne påvirke motivasjonen (Eide og Eide 2007).

Som sykepleier bør man bli kjent med hver enkelt pasienten gjennom grundig kartlegging, slik at man kan velge den fremgangsmetoden som er mest gunstig for vedkommende, og som dermed kan føre til resultater (Eide og Eide 2007). Mange pasienter finner det lettere å forholde seg til informasjon, dersom de opplever at den er tilpasset og aktuell for egen situasjon. Dette vil igjen kunne føre til at det blir lettere å motta og forstå det som blir formidlet, samt at man finner det interessant og hensiktsmessig (Kristoffersen 2008a).

1.1.5 Brukermedvirkning og empowerment

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har *“pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon”*. Med andre ord vil pasienten gjennom egne valg kunne påvirke situasjonen og omgivelsene, og dermed sin egen behandling. Dette vil styrke motivasjonen til pasienten, og dermed få en positiv innvirkning på bedringsprosessen. Hensikten i å la pasienten medvirke, er å oppnå helhetlig og god behandling (Larsen, Aasheim og Nordal 2006). Det stilles forventninger til pasienten om å ta aktivt del i sin egen situasjon. Gjennom et tett samarbeid med helsepersonell, vil pasienten kunne være med på å utforme tiltak for egen behandling (Kristoffersen og Nortvedt 2008).

Empowerment er et sentralt begrep i behandling av pasienter med kroniske sykdommer, slik som diabetes. Mosand og Stubberud (2010, s. 508) definerer empowerment som *“å hjelpe pasienten til å oppdage og utvikle sine egne evner.”* Med empowerment mener man altså

evnen til å mobilisere den indre styrken, slik at man blir kapabel til å bekjempe de kreftene som holder en tilbake. Dermed vil man bedre kunne beherske og mestre sitt liv (Askheim 2007). Gjennom aktivering av egenkraften vil enkeltindividet bli styrket. Pasienten vil få økt makt og myndighet over livet sitt, noe som utgjør en subjektiv indre ressurs slik at han kan oppnå egne mål og ønsker. Dette omfatter de individuelle motivene, holdningene og verdiene den enkelte pasienten har (Ibid.). Begrepet makt blir av Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa (2004, s.90) definert som *“et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand”*. Helsepersonells rolle blir å styrke maktposisjonen til pasienten. Dette gjøres ved å styrke selvtilliten, kunnskapsnivået og ferdighetene til pasienten (Askheim 2007). Pasienten får på den måten mulighet til å sette seg mål, ta egne valg og være ansvarlig for de valgene han tar (Mosand og Stubberud 2010)

1.1.6 Motivasjon og mestring

Ordet motivasjon kommer fra de latinske ordene movere som betyr å bevege, og motivus som betyr å sette i bevegelse (Lillemyr 2007). Hummelvoll (2001, s.288) skriver at *“Et motiv er det som driver et menneske til handling eller som vekker, opprettholder eller gir retning til handlingen”*. Motivasjon utgjør altså den viljen man har til å utføre en handling, og er dermed en avgjørende faktor for hvorvidt man klarer å utrette noe (Eide og Eide 2007). Med andre ord er det motivasjonen som utgjør drivkraften i oss. Den fører til aktiviteter og handlinger, samt grubling og reflektering. Som resultat vil man bedre kunne tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter, og oppnå økt erfaring og opplevelse. Gjennom denne utviklingen vil man ha et større læringsutbytte innen mange områder (Lillemyr 2007).

Motivasjonen påvirker personligheten vår. Oppfatningen vi har av oss selv, hvordan vi ser på oss selv som person, utgjør grunnlaget for hva vi blir motivert for (Lillemyr 2007).

Motivasjonen utgjør en avgjørende faktor for hvordan man tilegner seg innsikt, kunnskap og lærdom. Både tanker, følelser og vurderinger blir styrt av motivasjonen, samt de forventninger og holdningene man har (Ibid.).

Ved å skrive en handlingsplan, en grundig dokumentasjon på alt som blir sagt og gjennomført, kan man styrke motivasjonen til pasienten. Dette fordi det medfører et større ansvar for pasienten å følge opplegget og planen. Når man kan følge med på utviklingen og dermed se

eventuell fremgang, vil dette igjen styrke motivasjonen for å fortsette videre (Kristoffersen 2008a).

Ved stressende situasjoner, slik som ved nyoppdaget kronisk sykdom som diabetes, vil man ofte måtte gjøre noen endringer i hverdagen. Det vil alltid være individuelle forskjeller for hvordan man takler nye utfordringer. Hvordan man velger å mestre endringene, avhenger av en kombinasjon av personlige faktorer, samt situasjonen (Kristoffersen 2008a). I følge Lazarus og Folkman (1984) har man to forskjellige mestringsstrategier; problemorientert mestring og emosjoneltorientert mestring. Hvilken metode man velger, avhenger av den personlige opplevelsen man har for om man vil lykkes eller ikke (Ibid.).

Problemorientert mestring har til hensikt å løse eller håndtere stresskapende situasjoner og øke personens handlemuligheter (Kristoffersen 2008a). Dette omfatter en aktiv og direkte taktikk som er hensiktsmessig for å oppnå handlekraftig og nyorientert tilpasning. Gjennom kartlegging og definering av årsakene for utviklingen av en kronisk sykdom, kan man velge hvilke handlingsalternativer som er aktuelle. For å kunne mestre situasjonen, er det nødvendig å bearbeide de emosjonelle sidene som oppstår ved nyoppdaget sykdom, samt å aktivt tilpasse seg den nye situasjonen (Ibid.).

Emosjonelt orientert mestring har til hensikt å redusere ubehagelige følelser i stressituasjoner (Kristoffersen 2008a). Fokuset vil da ligge på å redusere og om mulig fjerne de følelsene som oppstår i forbindelse med stress, samt å refokusere meningsinnholdet i situasjonen. Som sykepleier kan man påvirke og dermed korrigere feilaktige tanker og forestillinger, samt aktivere til større deltagelse fra pasientens side (Ibid.).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med bakgrunn i oppgavens tema har vi valgt å presentere problemstillingen vår som følger:
“Egenomsorg av diabetes type II - utfordringer ved veiledning”.

1.3 Avgrensning av problemstilling

Det er viktig å presisere at dette ikke er en breddeoppgave. Derfor er det nødvendig å avgrense innholdet ved å gjøre noen prioriteringer.

Diabetes mellitus deles inn i flere kategorier; diabetes type I, diabetes type II, spesielle former for diabetes og svangerskapsdiabetes, der type II er den som er mest utbredt blant den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet 2012). Oppgaven vil ta for seg pasienter med diabetes mellitus type II, da dette er pasientgruppen man trolig kommer mest i kontakt med som sykepleier.

Et menneske gjennomgår flere ulike utviklingsprosesser gjennom livet (Håkonsen 2009). Hvor man er, om man er barn, ungdom, voksen eller eldre, vil ha innvirkning på hvordan man takler ulike begivenheter og utfordringer, som det å leve med en kronisk sykdom som diabetes (Ibid.). Siden diabetes type II er en sykdom som sjelden forekommer hos små barn, men som i de senere årene har blitt mer og mer vanlig blant unge voksne og middelaldrende, vil fokuset være pasienter i aldersgruppen 25 til 55 år.

Pasienter med nyoppdaget diabetes vil i begynnelsen trenge god veiledning, undervisning og motivasjon for å delta i behandlingen, samt ta ansvar for egen sykdom (Helsedirektoratet 2009). Derfor blir pasienter som er tidlig i sitt sykdomsforløp oppgavens fokus, altså nyoppdaget diabetes. Som sykepleier er det viktig å motivere og veilede denne pasientgruppen til egenomsorg, slik at de kan oppnå livsglede og mestring, samt forebygge senkomplikasjoner ved å opprettholde et stabilt blodglukosenivå.

1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å identifisere utfordringer man som veileder kan møte i samarbeid med diabetes type II pasienter, der veiledningen har som mål å oppnå god egenomsorg. Et ønske og mål med oppgaven er å belyse sykepleierrollen som veileder for diabetespasienter. Da utviklingen av diabetes mellitus type II utgjør en større fremtidig utfordring (Verdens Helseorganisasjon 2012), vil det være nødvendig med økt kunnskap og interesse blant helsepersonell innenfor disse temaene. Gjennom drøftingen vil det nevnes

forslag til tiltak for å redusere utfordringene ved veiledning, men oppgavens hensikt er ikke å gå inn i dybden på ulike tiltak. Oppgaven er ment for å bevisstgjøre oss selv, samt annet helsepersonell, på hvor viktig rolle man har som veileder i møter med denne pasientgruppen, samt hvilke hindringer som kan gjøre veiledningen vanskelig. Dette vil også være gjeldene for andre pasientgrupper, i flere sammenhenger.

1.5 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområder

Seksjonen vår har tre hovedområder innenfor forskning i klinisk sykepleie. De tre områdene det blir fokusert på er utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik 2011a). Forskning innen utdanningskvalitet er delt inn i læringsmetoder i teoretisk og praktisk kontekst, deriblant evaluering av forskjellige læringsmetoder, og vurdering av sykepleiekompetanse (Høgskolen i Gjøvik 2011c). Forskning innen kvalitet i sykepleie omfatter pasienters behov og sikkerhet og personalets funksjon og sikkerhet (Høgskolen i Gjøvik 2012). Forskning innen helse i dagliglivet innebærer kritiske livshendelser og å leve med helsesvikt (Høgskolen i Gjøvik 2011b).

For denne oppgaven vil helse i dagliglivet være det mest gjeldende forskningsområdet. Helse i dagliglivet handler om å opparbeide kunnskaper og forståelse ved livsendringer, som det å få en kronisk sykdom som diabetes type II, og belyse veien mot bedring av helsen.

Forskningsområdet er rettet mot helsepersonellens ansvar for det helsefremmende arbeidet, noe som også er relevant for oppgaven (Høgskolen i Gjøvik 2011b).

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i fem deler. Den begynner innledningsvis med presentasjon av og bakgrunn for valgt tema, begrunnelse samt avgrensning av problemstilling, hensikt med oppgaven og oppgavens relasjon til seksjonens forskningsområder. Deretter kommer metodedelen med en forklaring til et litteraturstudie, samt sterke og svake sider ved studien. I tillegg beskrives fremgangsmåten i søket etter relevant forskningslitteratur, nøkkelord og databaser som ble benyttet, valg av litteratur, samt en grundig redegjørelse for hvordan kildematerialet er kritisk vurdert. Videre blir resultatene fra de valgte artiklene lagt frem, som

både er teoretiske og forskningsbaserte. I den fjerde delen vil problemstillingen bli drøftet opp mot forsknings- og faglitteratur. Etter drøftingen presenteres en kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser. Drøftingsdelen vil føre frem til en konklusjon, med presentasjon av svaret på problemstillingen.

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudie som metode

Metode stammer fra det greske ordet *methodos* som betyr ”å følge en bestemt vei mot et mål” (Aschehoug og Gyldendal 1980). Når man velger en bestemt metode, velger man altså en fremgangsmåte for hvordan man vil innhente informasjon. Metode defineres av Aubert som: ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland 2012, s. 111).

Litteraturstudie som metode er en kritisk og systematisk gjennomgang av allerede eksisterende litteratur. Dette innebærer at det utarbeides skriftlig gjennomgang av tidligere forskning, formuleres en problemstilling, lages en søkestrategi, gjøres relevante søk, funn analyseres der man er kildekritisk, og forberedelse av en skriftlig syntese (Polit og Beck 2010). Polit og Beck (2010, s.) definerer litteraturstudie som; “*research is systematic inquiry that uses discipline methods to answer questions and solve problems*”. For å gjennomføre en tilfredsstillende litteraturstudie forutsettes det at det finnes nok studier av god kvalitet som kan støtte vurderinger og funn man gjør, samt at det finnes litteratur og forskning innenfor valgt tema (Forsberg og Wengström 2008).

Ved bruk av litteraturstudie kan man få innsikt, samt oversikt over tidligere forskning, som man deretter kan vurdere opp mot annen faglitteratur. Innenfor sykepleie bidrar derfor litteraturstudie til å finne pålitelige artikler som har betydning for sykepleiefaget, som igjen kan være med på å videreutvikle sykepleieres kunnskaper.

2.1.1 Metodens sterke og svake sider

Litteraturstudie som metode har både sterke og svake sider, da man i et slikt studie selv skal velge hvilken forskning man vil legge vekt på.

Sterke sider ved et litteraturstudie er at man kan innhente mye informasjon om temaet man er interessert i på relativt kort tid. Dermed kan man tilegne seg relevant kunnskap i forhold til valgt problemstilling (Forsberg og Wengström 2008).

De svake sidene ved et litteraturstudie er at man ofte får begrenset tilgang til relevant forskning om temaet, da utvalget kan være selektivt dersom ekspertene kun velger studier som støtter egne synspunkter. Man må dessuten i mange tilfeller stole på forfatterens tolkninger av blant annet forskningsresultater (Forsberg og Wengström 2008). En annen ulempe er at ekspertene kan komme frem til ulike resultater innenfor samme problemområde, slik at forskningen er motstridende (Ibid.).

2.2 Begrunnelse for valg av teori

Da dette er en dybdeoppgave, er det viktig å velge litteratur som er relevant, slik at man best mulig kan drøfte og besvare problemstillingen.

I innledningen er det benyttet tall og statistikk fra Statistisk Sentralbyrå og Verdens Helseorganisasjon for å belyse forekomsten og utviklingen av diabetes mellitus type II. Da oppgaven skal omhandle sykepleiernes rolle som veiledere for å oppnå egenomsorg hos pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type II, inneholder innledningen også generell teori om diabetes mellitus, egenomsorg og veiledning.

Da oppgaven omfatter utfordringer ved veiledning i møte med diabetikere, vil artikler som belyser både pasientenes og sykepleiernes synspunkter være av stor interesse. Da får man frem perspektiver fra to ulike sider, noe som vil kunne utfylle teorien. Artikler som omhandler utfordringer og barrierer i veiledning, strategier for god veiledning, samt ulike veiledningsstrategier og utfallet av dem er inkludert i oppgaven.

2.3 Metode for innhenting av litteratur

Søkeprosessen for å finne god litteratur er tidkrevende, og prosessen startet derfor tidlig. For å finne gode søkeord og kombinasjoner av disse, ble PICO-skjema benyttet (Vedlegg 2). I søket etter vitenskapelige artikler ble databasene Cinahl, Academic Search Elite og PubMed brukt. Søkematriksen er fremstilt i tabell 1. Søkeord som er benyttet er blant annet; diabetes mellitus type 2, type 2 diabetes, nutrition, diet, nurs*, nurse role, lifestyle, lifestyle changes, counseling, lifestyle counseling, efficacy, motivation management, education, patient

education, patient management, self- management, barrier, empowerment og motivation education.

For å forenkle arbeidet med å finne relevante forskningsartikler, ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven.

Inklusjonskriterier:

- Voksne med diabetes mellitus type II.
- Artikler basert på motivasjon og veiledning for egenomsorg.
- Artikler skrevet på engelsk, svensk eller norsk. Dette for å forstå det som er skrevet.
- Artikler basert på studier utført i Europa eller Nord-Amerika. Dette for at studien og dataene skal være overførbare til norske forhold med tanke på kulturelle forskjeller.
- Artikler som følger IMRAD strukturen (Nortvedt et al. 2007) og som er fagfellevurdert, da dette medfører høyere vitenskapelig nivå (Dalland 2010).
- Artikler som er publisert etter år 2005.

Eksklusjonskriterier:

- Artikler basert på diabetes mellitus type I.
- Artikler basert på barn og unge under 18 år.
- Artikler basert på eldre fra 65 år.
- Artikler basert på studier som ikke er utført i Europa eller Nord-Amerika.
- Artikler som ikke følger IMRAD strukturen (Nortvedt et al. 2007).
- Artikler som er publisert før år 2005.

For å avgrense søkene ble søkeordene kombinert med AND og OR i de ulike databasene. AND i tilfeller hvor man vil ha med begge søkeordene, OR hvor man søker etter den ene eller den andre søkekombinasjonen. Videre ble søkene avgrenset ved kun å søke etter artikler som er fagfellevurdert, det vil si artikler som har kvalitetsstempel basert på objektivitet, samt grundig og upartisk gjennomgang av to eller tre eksperter ut i fra kriterier om blant annet god

forskningsmetode, resultater og konklusjon som stemmer overens med planlagt undersøkelse (Store norske leksikon 2013, Hildebrandt 2011). Artikkene var bare aktuelle dersom de var publisert etter år 2005. Da dette er et fagområde der man finner mye forskning, er det viktig at kildene er oppdaterte, slik at informasjonen er aktuell per dags dato. Artikkene som ble valgt ut er bygd på empiriske studier. Det vil si studier der forfatteren har funnet objektiv informasjon, og ikke benyttet personlige meninger (Polit og Beck 2010).

Også gjennom internett kan man finne relevant litteratur. I følge Dalland (2012) utgjør internett en arena med stadig økende informasjonsmengde. Man må være ekstra kritisk til å benytte dette som kilde, da mye av informasjonen kan være upålitelig og misvisende. I hovedsak er det data fra sider som Diabetesforeningen, Statistisk Sentralbyrå, Verdens Helseorganisasjon, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet som er benyttet i oppgaven.

Tabell 1. Søkematrixe – Totalt antall artikler: 8

| Søkeord | Database | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|-----------------------|--------------|----------------|----------------|---------------------|
| Diabetes type 2 and Nurse and Diet | Cinahl | 22 | 3 | 2 | 0 |
| Diabetes type 2 and Motivation* | Cinahl | 32 | 4 | 2 | 1 (nr. 1) |
| Diabetes type 2 and Motivation management | Cinahl | 3 | 1 | 1 | 1 (nr. 2) |
| Diabetes type 2 and Nurse role | Cinahl | 7 | 2 | 1 | 0 |
| Diabetes type 2 and Patient education and Lifestyle changes | Cinahl | 8 | 4 | 3 | 0 |
| Diabetes type 2 and Self-management and Barrier | Cinahl | 2 | 1 | 1 | 1 (nr. 3) |
| Diabetes type 2 and Patient management | Cinahl | 14 | 2 | 0 | 0 |
| Diabetes type 2 and Lifestyle changes and Nurs* | Academic search elite | 22 | 5 | 3 | 1 (nr. 4) |
| Diabetes type 2 and Nurs* and Education | Academic search elite | 339 | 10 | 2 | 0 |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----|---|---|---------------------|
| Diabetes type 2 <i>and</i> Nurs* <i>and</i> Lifestyle <i>and</i> Counseling | Academic search elite | 14 | 5 | 2 | 1 (nr. 5) |
| Diabetes mellitus type 2 <i>and</i> Motivation education | Academic search elite | 4 | 1 | 0 | 0 |
| Diabetes type 2 <i>and</i> nurs* <i>and</i> Nutrition <i>and</i> Lifestyle | Academic search elite | 32 | 4 | 1 | 0 |
| Type 2 diabetes <i>and</i> Lifestyle <i>and</i> Patient education | PubMed | 410 | 0 | 0 | 0 |
| Diabetes type 2 <i>and</i> Lifestyle counseling <i>and</i> Self-management | PubMed | 54 | 4 | 0 | 0 |
| Empowerment <i>and</i> Type 2 diabetes <i>and</i> Patient education | PubMed | 77 | 6 | 3 | 2 (nr.6 og nr.7) |
| Self-management type 2 diabetes <i>and</i> Counseling | PubMed | 175 | 6 | 2 | 0 |
| Type 2 diabetes <i>and</i> Self-management <i>and</i> nurse-led | PubMed | 15 | 4 | 1 | 0 |
| Efficacy <i>and</i> Self-management education program <i>and</i> Type 2 diabetes | PubMed | 80 | 4 | 2 | 1 (nr. 8) |

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en kritisk vurdering av verdien til informasjonen man finner, for å finne relevant og gyldig litteratur som belyser problemstillingen på en god måte. Dette brukes også for å gjøre rede for litteraturen man har valgt å benytte, og for å vise leseren hvilke refleksjoner man har gjort underveis i arbeidet (Dalland 2012).

Gjennom screeningprosessen ble abstrakter som virket interessante og relevante lest. Deretter ble flere artikler grundig gjennomlest på bakgrunn av innholdet i abstraktene, samt publiseringsåret. Kriterier som troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet, utgjorde grunnlaget for vurderingen av litteraturen. Forfatterne, artiklens innhold, når de ble skrevet, og hvor og når de ble publisert, var viktige momenter i evalueringen. Forfatterens kvalifikasjoner ble blant annet vurdert ut fra deres utdanning og ekspertise.

Publiseringskanalene ble vurdert ved hjelp av NSD, database for statistikk om høyere

utdanning, der publiserte tidsskrifter, serier og forlag kontrolleres for om de er vitenskapelige eller ikke (NSD 2012).

IMRAD- prinsippet er benyttet for å kontrollere artiklene, hvorvidt de er vitenskapelige eller ikke. Dette for å kvalitetssikre arbeidet. Bokstavene i IMRAD står for; I- introduksjon, M- metode, R- resultat og D- drøfting (Nortvedt et al. 2007). Artiklenes relevans i forhold til problemstillingen er også vurdert.

2.5 Forskningsetikk

Forskningsetikkloven §5 (2006) definerer vitenskapelig uredelighet som “*forfalskning, fabrikking, plagiering og andre alvorlige brudd med god vitenskapelig praksis som er begått forsettlig eller grovt uaktsomt i planlegging, gjennomføring eller rapportering av forskning* “. For å kunne forebygge vitenskapelig uredelighet, er forskningsetikk derfor veldig viktig. Det er knyttet strenge krav og regler i forhold til utførelse av forskning på mennesker, der det blant annet legges stor vekt på å beskytte personer i utførte studier (Dalland 2012). Det er opprettet flere komiteer som ut fra etiske verdier og normer skal gi råd om forskningsetiske spørsmål. Vitenskapelige artikler må være godkjent av en slik komité før de kan publiseres i vitenskapelige tidsskrifter (Ibid.).

Denne oppgaven er en litteraturstudie, det vil si at det er en sammenfatning av litteratur og forskning funnet ved hjelp av systematisk søk, utvelgelse og kritisk granskning av allerede eksisterende litteratur og forskning (Forsberg og Wengstrøm 2008). Selv om studien ikke er basert på egne undersøkelser, kreves det allikevel kritisk vurdering av de ulike forfatternes forskningsetiske overveielser i forbindelse med valgte artikler. I denne oppgaven er det derfor lagt vekt på at alle deltakerne i de ulike undersøkelsene, har blitt anonymisert i artiklene, og at de har gitt sitt samtykke til å delta i undersøkelsen. Det er også lagt vekt på at alle studiene skal være godkjent av en etisk komité, som for eksempel Norsk Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Siden oppgaven er bygd opp ved hjelp av mange forskjellige kilder, er det viktig at det henvises til riktig eier av litteraturen (Dalland 2012). Denne oppgaven følger derfor retningslinjene for oppgaveskriving fra Høgskolen i Gjøvik’s hjemmesider, der det står at kilder skal bli referert til fortløpende gjennom teksten og

i litteraturlisten. Dette for at lesere skal kunne finne tilbake til originalkildene (Høgskolen i Gjøvik 2010).

Som kontroll av forskningslitteraturen kan man benytte sjekkpunktene i de nasjonale forskningsetiske linjene, som omhandler blant annet kontroll av studiets mål og metode, beskyttelse av forsøkspersonene, persondata, og risiko og sikkerhet (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2012).

3.0 RESULTAT

I dette kapitlet presenteres de åtte forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven. Artiklene er utarbeidet i Norge, Sverige, Nederland, Finland og USA, og er publisert i tidsrommet 2006-2012. Alle artiklene er publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå en eller to.

De inkluderte artiklene vil først bli analysert og fremstilt i et skjema. Resultatene fra de ulike studiene som har betydning for videre drøfting vil deretter bli presentert mer inngående under skjemaet.

3.1 Skjematisk fremstilling av artikler

| Nr. | Referanse (Forfatter, år, tittel, utgiver, land) | Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål | Metode | Resultat/ Diskusjon |
|-----|---|---|--|---|
| 1 | Oftedal, B., B. Karlsen og E. Bru, 2009, <i>Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes</i> , Journal of Clinical Nursing, Norge. | Identifisere livsverdier og beskrive hvordan disse påvirker motivasjonen for egenomsorg. | Beskrivende kvalitativ studie, semistrukturert fokusgruppeintervju samt bruk av feltnotater. 19 voksne diabetikere. | Livsverdier kan komme i konflikt med selvregulerende atferd, og dermed påvirke motivasjonen for egenomsorg. |
| 2 | Oftedal, B., B. Karlsen og E. Bru, 2010, <i>Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes</i> , Journal of Advanced Nursing, Norge. | Beskrive pasienters oppfatning av hvordan ulike støttende egenskaper blant helsepersonell påvirker motivasjonen til egenomsorg. | Beskrivende kvalitativ studie, semistrukturert fokusgruppeintervju samt bruk av feltnotater. 19 voksne diabetikere. | Egenskaper som empatisk tilnærming, praktisk informasjon og råd, involvering i beslutningsprosessen, nøyaktig og individuell informasjon, og pågående gruppebasert støtte ble identifisert. |
| 3 | Nagelkerk, J., K., Reick og L. Meengs, 2006, <i>Perceived barriers and effective strategy to diabetes self- management</i> , Journal of advanced nursing, USA. | Fremheve ulike barrierer, samt finne strategier for egenomsorg. | Kvalitativ studie, innholdsanalyse av filmede fokusgrupper. 24 diabetikere fra primærhelsetjenesten. | Mangelfull kunnskap om bestemt diett og oppsett av ernæringsplan, mangel på forståelse av behandlingsplan, frustrasjon og hjelpeløshet, utgjør barrierer. Samarbeid og positive holdninger fremmer læring og ansvarlighet. |
| 4 | Jansink, R., J. Braspenning, T. Weijden, G. Elwyn og R. Grol, 2010, <i>Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis</i> , BMC Family | Undersøke barrierer og utfordringer ved veiledning. Fokus på sykepleiere, pasient og praksis. | Kvalitativ semistrukturert studie. Dybdeintervju. 13 tyske, kvinnelige sykepleiere, med generell sykepleiekompetanse, som arbeider med | Manglende ferdigheter innen veiledning og undervisning hos sykepleiere, samt mangelfullt kunnskapsnivå blant pasientene. |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | Practice, Nederland. | | diabetikere. | Praksis viste mangel på tid til tett oppfølging, samt manglende undervisningsmaterieell. |
| 5 | Poskiparta, M., K. Kasila og P. Kiuru, 2006, <i>Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland</i> , Scandinavian Primary Health Care, Finland. | Undersøke oppstart av veiledning og identifisere verbale kommentarer og reaksjoner hos deltakerne. | Kvalitativ studie. 129 filmede rådgivningstimer. Innholdsanalyse med identifisering av verbale kommentarer og reaksjoner. 17 pasienter, 7 leger, 5 sykepleiere. | Helsepersonell bruker liten tid på rådgivning om kosthold og fysisk aktivitet. Avdekker behov for fremgangsmåter som letter diskusjoner rundt helsemessige endringer da rådgivningstimene besto av korte spørsmål med minimale tilbakemeldinger |
| 6 | Adolfsson, E. T., B. Starrin, B. Smide og K. Wikblad, 2008, <i>Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches - a qualitative study</i> , International Journal of Nursing Studies, Sverige. | Undersøke pasienters erfaring av å delta i myndiggjørende gruppeveiledning sammenlignet med individuell rådgivning. | Kvalitativ studie. Filmet semistrukturert intervju. 28 pasienter, der 14 fikk individuell rådgivning, mens 14 i tillegg hadde myndiggjørende gruppeveiledningstimer. | Horisontale relasjoner, deltakende læring og selvkontroll, kan bidra til å styrke pasientens egenomsorgsevner. |
| 7 | Adolfsson, E. T., M.L. Walker-Engström, B. Smide og K. Wikblad, 2007, <i>Patient education in type 2 diabetes - a randomized controlled 1-year follow-up study</i> , Diabetes Research and Clinical Practice, Sverige. | Evaluere effekten av myndiggjørende gruppeveiledning på pasienters tillit, kunnskap om diabetes, tilfredshet med hverdagen, BMI og glykemisk kontroll, sammenlignet med vanlig individuell veiledning. | Kvalitativ og kvantitativ studie. Spørreskjema, samt måling av vekt, BMI og HbA1c før og etter forsøk. 88 deltakere delt i to grupper: myndiggjørende gruppeveiledning og individuell veiledning ble fulgt opp over ett år. | Etter ett år medførte myndiggjørende gruppeveiledning til høyere tiltro til egne diabeteskunnskap, enn individuell veiledning. |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| 8 | Rygg, L. Ø., M. B. Rise, K. Grønning og A. Steinsbekk, 2012, <i>Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial</i> , Patient Education and Counseling, Norge. | Evaluere effekten av pågående, gruppebasertveiledning i forhold til HbA1c og aktivering av pasienter. | Kvalitativ og kvantitativ studie. Ulike spørreskjema, samt måling av BT, div. blodprøver. 146 pasienter, randomisert til veiledningsgruppe eller kontrollgruppe. | Diabeteskunnskap og noen egenomsorgs-ferdigheter ble betydelig forbedret i veiledningsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. |
|---|---|---|--|---|

3.2 Artikkel nr. 1 og 2

Oftedal, Karlsen og Bru (2010a) (2010b) gjennomførte i 2007 en kvalitativ studie med to ulike fokusområder, som resulterte i to artikler. Artikkel nr. 1 tar for seg behovet for å identifisere livsverdier hos pasienter med type II diabetes, som kan påvirke motivasjonen for egenomsorg. Det blir kartlagt seks viktige livsverdier; å opprettholde helse og lang levetid, å få en følelse av kroppslig velvære, å bevare et positivt kroppsbilde, selvbestemmelse, tilhørighet, og å opprettholde evnen til å arbeide (Oftedal, Karlsen og Bru 2010a). Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den finner at livsverdier kan komme i konflikt med selvregulerende atferd, dette kan videre påvirke motivasjonen for å tilegne seg kunnskaper samt gjøre nødvendige endringer for å oppnå god egenomsorg.

Artikkel nr. 2 avdekker viktige egenskaper blant helsepersonell som påvirker pasientens motivasjon for egenomsorg, sett fra pasientens perspektiv. Egenskaper som empatisk tilnærming, praktisk informasjon og råd, involvering i beslutningsprosessen, nøyaktig og individuell informasjon, og pågående gruppebasert støtte ble ansett som de viktigste (Oftedal, Karlsen og Bru 2010b). Gjennom studien poengterer pasientene at veiledning der sykepleier innehar disse egenskapene, førte til større involvering samt bedre utbytte, noe som igjen gav økt motivasjon for egenomsorg, i forhold til veiledning der sykepleier mangler en eller flere av disse egenskapene (Ibid.). Artikkelen benyttes i oppgaven da den belyser sider ved sykepleierne som påvirker veiledning av pasienter med type II diabetes.

3.3 Artikkel nr. 3

I 2002 gjennomførte Nagelkerk, Reick og Meengs (2006) en kvalitativ studie som fremhever ulike barrierer, samt finner strategier for egenomsorg, sett fra pasientens perspektiv.

Hyppest rapporterte barrierer var mangelfull kunnskap om bestemt diett og oppsett av ernæringsplan, mangel på forståelse av for generell behandlingsplan, ugunstige tidspunkter for veiledningstimer, samt frustrasjon og hjelpeløshet relatert til manglende glykemisk kontroll. Artikkelen identifiserer utvikling av godt samarbeid med helsepersonell, opprettholdelse av positive holdninger, å ha en støttende person som gir oppmuntring og fremmer ansvarlighet, samt gruppeveiledning med informasjon og innhold skreddersydd for

individuelle læringsbehov, som viktige strategier for å oppnå god egenomsorg (Ibid.). En svakhet ved studien er at deltakerne mottok 20 US dollar for å delta, noe som kan ha medvirket til deres avgjørelse for deltakelse. Artikkelen er relevant for oppgaven da den synliggjør pasienters opplevde utfordringer, samt effektive strategier, for egenomsorg, noe som vil ha betydning for veiledning.

3.4 Artikkel nr. 4

Studien til Jansink et al. (2010) undersøker sykepleiernes opplevde barrierer ved rådgivning og veiledning av diabetes type II pasienter, både på sykepleier-, pasient- og praksisnivå. De viktigste barrierene knyttes til pasientene, der barrierer som mangel på kunnskap om egen livsstil og helse, manglende vilje til å endre vaner og rutiner, samt manglende etterlevelse ble identifisert. På sykepleiernivå fant Jansink et al. (2010) at mangelfull kunnskap om diabetes og behandlingen, manglende motivasjon for å veilede pasientene, manglende ferdigheter for å utarbeide behandlingsplaner for pasientene, samt gamle rutiner som ga dårlige resultater, utgjorde viktige barrierer. På praksisnivå ble manglende tid samt mangelfullt veiledningsmaterie sett på som aktuelle barrierer (Ibid.). Artikkelens relevans for oppgaven er knyttet til synliggjøring av barrierer som kan oppstå ved veiledning av pasienter med diabetes type 2, samt barrierenes påvirkning for egenomsorg.

3.5 Artikkel nr. 5

I Finland gjennomførte Poskiparta, Kasili og Kiuru (2006) en kvalitativ studie der oppstart av veiledningssamarbeid mellom helsepersonell og diabetikere ble undersøkt. Resultatene av studien viser at sykepleierne ofte viet for liten tid til veiledning tilknyttet kosthold og fysisk aktivitet. Veiledningstimene bestod hovedsakelig av korte spørsmål fra pasientene med minimal respons, der tilbakemeldinger fra pasientene ble møtt med liten interesse fra sykepleierne (Ibid.). Artikkelen er tatt med i oppgaven da den poengterer behovet for fremgangsmåter som vil lette veiledning rundt helsemessige endringer, noe som er nødvendig for at pasientene skal få utbytte av veiledningen og dermed oppnå god egenomsorg.

3.6 Artikkel nr.6

Studien gjort av Adolfsson et al. (2008) undersøkte pasienters erfaringer med å delta i myndiggjørende gruppeveiledning sammenlignet med individuell veiledning. Faktorer som ble vektlagt var forskjeller og likheter mellom de to pedagogiske tilnærmingene. Hovedtemaene var pasientenes erfaringer med undervisning om diabetes, atferdsendringer i forhold til egen helse og livsstil, samt læringsutbytte (Ibid.). Resultatene av studien viser at gruppeveiledningen som var preget av horisontale forhold, gjensidig tillit, og et åpent miljø, kan styrke pasientenes egenomsorgsevner grunnet bedret kunnskapsnivå. Individuelle veiledninger derimot, begrenset pasientens evne til å ta ansvar for egen sykdom, da de var preget av vertikale samarbeidsforhold hvor veileder fungerte som overordnet, mens pasienten inntok en mer passiv rolle (Ibid.). Artikkelen er relevant da den tar for seg ulike relasjoner, læringsmetoder og metoder for egenkontroll av sykdom, og ser på hvilke som fører til økt kunnskapsnivå og mestring av nyoppdaget diabetes type II.

3.7 Artikkel nr. 7

Artikkelen til Adolfsson et al. (2007) evaluerer effekten av myndiggjørende gruppeveiledning sammenlignet med individuell veiledning i forhold til pasientenes tillit, deres kunnskap om diabetes, tilfredshet med hverdagen, BMI, og glykemisk kontroll. I følge studien oppnådde pasientene som deltok i myndiggjørende gruppeveiledning en forbedring av egen diabeteskunnskap i forhold til pasientene som deltok i individuell veiledning. Det var derimot ingen signifikant forskjell mellom veiledningsstrategiene i forhold til de andre faktorene. Det ble benyttet en sammenligningsgruppe for å avdekke eventuell kontaminering av studien, noe som styrker troverdigheten av resultatene (Ibid.). Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den viser betydningen av veiledning gitt til pasienter med type II diabetes, både i forhold til kvalitative mål som diabeteskunnskap, men også i forhold til kvantitative mål som BMI og HbA1c.

3.8 Artikkel nr. 8

Artikkelen til Rygg et al. (2012) bygger på en studie av en veiledningsgruppe samt en kontrollgruppe, utført over to år, som evaluerer effekten av pågående, gruppebasert veiledning i forhold til HbA1c og aktivering av pasient. Veiledningsgruppen hadde tre veiledningstimer på til sammen 15 timer, mens kontrollgruppen ikke hadde tilbud om veiledning. Veiledningstimene besto av blant annet generell informasjon, ferdighetstrening og gruppediskusjoner. Ulike faktorer som pasientens aktivering, livskvalitet, kunnskap om diabetes og HbA1c ble undersøkt (Ibid.). Artikkelen rapporterer at veiledning knyttet til egenomsorg av diabetes type II, gav pasientene mer kunnskap om diagnosen. Dette medførte en vesentlig endring i atferden blant pasientene, som å unngå fet mat, kontroll av føtter for sår, samt kontroll av blodglukosekonsentrasjonen. Det var også betydelige forbedringer i veiledningsgruppen for både HbA1c og pasientaktivering (Ibid.). Denne artikkelen er tatt med i oppgaven da den poengterer betydningen av veiledning gitt til diabetikere, i forhold til utfall av egenomsorgsferd.

4.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven vil resultatene fra de åtte forskningsartiklene sammen med resultater fra annen relevant litteratur, bli drøftet opp mot problemstillingen.

4.1 Betydningen av veiledning ved diabetes type 2

Diabetes mellitus type II er en kronisk lidelse kjennetegnet av blant annet ustabil blodglukosekonsentrasjon (Jacobsen et al. 2010). Brandal og Alstad (2008, i Holte et al. 2012) definerer kronisk sykdom som *“en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt”*. Det vil si at diabetes er en sykdom som pasienten må leve med 24 timer i døgnet, hver dag, hele året. Dette fører til at det først og fremst er pasienten selv som må behandle sykdommen og sørge for å holde blodglukosekonsentrasjonen under kontroll. Pasienter med god sykdomsforståelse og sykdomskunnskap er vanligvis mer motivert for å gjennomføre viktige endringer og ta ansvar for å følge opp nødvendige rutiner, samt at de har en generelt høyere grad av egenomsorg (Jenssen og Berg 2010). Studiene til Nagelkerk, Reick og Meengs (2006) og Jansink et al. (2010) understreker dette ved å poengtere at den mest rapporterte barrieren for å oppnå god egenomsorg ved diabetes, er manglende kunnskap hos pasienten.

Behandlingsmålene ved diabetes går ut på å bidra til at personen får et best mulig og langt liv, samt å forebygge alvorlige senkomplikasjoner (Helsedirektoratet 2009). Et viktig tiltak for å nå disse målene er i følge Iversen (2008) og Mosand og Stubberud (2010) motivering og undervisning som gir pasienten nødvendige kunnskaper og ferdigheter, for å ta ansvar for egen helse, samt mestre utfordringer ved å ha en kronisk sykdom. Studien til Rygg et al (2012) rapporterer at veiledning knyttet til egenomsorg av diabetes type II, gav pasientene mer kunnskap om diabetes sammenlignet med pasienter som ikke får veiledning. Den økte kunnskapen resulterte til bedre behandlingstilfredshet, bedre endringsatferd samt bedre egenomsorgsferdigheter hos pasientgruppen (Ibid.). Denne studien underbygger med andre ord viktigheten av veiledning ved diabetes type II, for å oppnå god egenomsorg. Også flere studier viser at veiledning fører til økt diabeteskunnskap, som igjen fører til bedre

egenomsorg (Adolfsson et al. 2007, Adolfsson et al. 2008, Nagelkerk, Reick og Meengs 2006, og Oftedal, Karlsen og Bru 2010b)

Gjennom god veiledning og opplæring ved nydiagnostisert diabetes skal pasienten oppnå forståelse og motivasjon som fører til bruk av riktig behandlingsmetode, noe som igjen gir god blodglukoseregulering (Mosand og Stubberud 2010). Studien til Siminerio et al. (2007) viser at sykepleiere bør ha en stor rolle i diabetesbehandlingen, blant annet fordi de har mer kontakt med pasientene, og derfor gir bedre veiledning enn for eksempel leger. Veiledningen til pasienter med diabetes type II bør inneholde opplæring og råd for hvordan man kan leve med sykdommen i hverdagen (Helsedirektoratet 2009, Diabetesforbundet 2012a). I følge Helsedirektoratet (2009) bør veiledningen ha fokus på både praktiske og teoretiske utfordringer, samt følelsesmessige sider ved det å ha fått en kronisk sykdom som diabetes. Dette kan man få til gjennom ulike veiledningsstrategier, som fokuserer på ulike momenter (Ibid.). Mosand og Stubberud (2010) trekker frem gruppeveiledning og individuell veiledning som de to mest brukte strategiene. I Studien gjort av Adolfsson et al. (2008) blir gruppeveiledning sett på som den mest foretrukne strategien blant pasientene. Ved bruk av gruppeveiledning kunne pasientene dele sine erfaringer og bekymringer med andre i samme situasjon, og på den måten opparbeide seg kunnskaper og motivasjon for å ta mer ansvar for sykdommen (Ibid.). I studien utført av Adolfsson et al. (2007) er det også gruppeveiledning som viser seg å gi best resultat. Pasienter som deltok i gruppeveiledning hadde etter gjennomført studie fått bedre diabeteskunnskaper enn pasienter som fikk individuell veiledning. Nagelkerk, Reick og Meengs (2006) poengterer at det også finnes viktige utfordringer ved bruk av gruppeveiledning. Når veiledningstimene inkluderte flere, var det mange pasienter som følte at tidspunktene for timene var ugunstige, og at timene varte for lenge når alle skulle få delta (Ibid.). Utfordringen for veilederen vil være å velge riktig strategi, utfra målsettingene, for å oppnå ønsket effekt (Kristoffersen 2008a). Resultater fra tidligere forskning peker mot gruppeveiledning som den mest effektive strategien, da det viser seg at flere lykkes i å gjennomføre egenomsorg etter å ha deltatt i denne type veiledningen.

4.2 Sykepleier som veileder

Sykepleiere har en veiledende og undervisende funksjon, særlig i møte med pasienter som har behov for nye kunnskaper og ferdigheter for å nå fastsatte mål, slik som ved nyoppdaget

diabetes type II (Kristoffersen 2008a). I studiene til Robertson (2012), Whitemore et al. (2003) og Siminerio et al. (2007) poengteres viktigheten av at sykepleiere i stor grad er involvert i diabetesbehandlingen. I møte med diabetespasienter bør sykepleiere ha en nøkkelrolle i pasientopplæring, forklaring av behandlingsstrategier og støtte ved livsstilsendringer (Robertson 2012). Dette fordi sykepleiere er den gruppen av helsepersonell som tilbringer mest tid med pasienten, og som derfor kjenner pasienten best (Siminerio et al. 2007). I følge Jenssen og Berg (2010) er sykepleierens viktigste oppgave i diabetesbehandlingen, å veilede og lære opp pasienten til selv å ta ansvar for egen sykdom.

For å fungere som veileder er det viktig at sykepleier besitter betydningsfull kompetanse (Kristoffersen 2008a). Kompetanse kan defineres som «*skikkethet*», og er knyttet til den enkeltes ferdigheter og holdninger. I veiledning må sykepleieren benytte seg selv og sine ferdigheter i kommunikasjonen og samhandlingen med pasienten (Ibid.). I følge Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) er sykepleieregenskaper som empati, aktiv lytting og holistisk menneskesyn, viktige faktorer for at veiledningen av diabetespasienter skal bli vellykket. Empati kan beskrives som sykepleierens evne til å se den aktuelle situasjonen gjennom pasientens perspektiv, oppfatninger, følelser og normer (Brudal 2006). Aktiv lytting vil si at sykepleieren er mentalt til stede i situasjonen uten å trekke inn tidligere erfaringer, samt gir respons og tilbakemelding på det som blir sagt (Kristoffersen 2008a). Et holistisk menneskesyn innebærer at man ser mennesket som en helhet, med kropp, tanker, skam, ressurser, religion, livssituasjon også videre (Brinchmann 2005). Med andre ord blir hele pasienten sett, både den åndelige, fysiske, psykiske og sosiale delen.

For å være en god veileder, må man som sykepleier også ha elementære fagkunnskaper. Kunnskap viser til deler av lærdom, innsikt og viten som en person disponerer (Kristoffersen 2008c). Sykepleie skal være kunnskapsbasert, og god sykepleieutøvelse skal alltid ta utgangspunkt i solid fagkunnskap (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2008, Bjøro og Kirkevold 2008). Sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag er i kontinuerlig utvikling, og det er opp til sykepleiere å holde seg faglig oppdatert. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleiere skal holde seg oppdatert innen forskning, utvikling og dokumentert praksis, samt vedlikeholde og fornye sine kunnskaper (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette er også nedfelt i Helsepersonelloven (1999), som forplikter alt helsepersonell å handle innenfor sitt kompetanseområde, for å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet. For å ivareta pasientens behov ved diabetes, trenger sykepleiere oppdatert kunnskap om sykdommen og om

pasientgruppen (Mosand og Stubberud 2010, Kristoffersen og Nortvedt 2008). Teknologiske nyvinninger, økende bruk av medisinsk-teknisk utstyr, forskning og fagutvikling, er viktige årsaker til at sykepleiere har et økende behov for å vedlikeholde og fornye sine kunnskaper (Ibid.).

Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) fremhever at sykepleiere som viser genuin interesse, er observante og viser omsorg gjennom sitt arbeid, gir pasientene en følelse av trygghet, og en følelse av at de blir tatt på alvor, medvirker til økt motivasjon for å delta i veiledning for egenomsorg av diabetes. Dette underbygges av funn i studien til Adolfsson et al. (2008) og Jansink et al. (2010). Studien til Adolfsson et al. (2008) viser at sykepleiere som ikke viser interesse for pasienten, som gir formanende råd og gir pasienten en passiv rolle i veiledningssituasjoner, begrenser pasientenes evne til å ta ansvar for egen sykdom. Dette fordi pasientene får en begrenset forståelse for sammenhengen mellom egen livsstil, vaner og symptomer. Studien til Jansink et al. (2010) poengterer at en viktig opplevd utfordring som vanskeliggjør veiledning, er sykepleiernes mangel på empati.

Som det fremgår i den kvalitative studien til Jansink et al. (2010), er en av barrierene tilknyttet veiledning til pasienter med diabetes type II, mangel på kunnskap hos sykepleierne. Flere sykepleiere følte de manglet tilstrekkelig kunnskap relatert til fysisk aktivitet, røykeslutt, utvikling av konkrete og strukturerte behandlingsplaner i samarbeid med pasientene, og kostholdsveiledning tilpasset pasientene. Kunnskapsmangelen førte ofte til manglende veiledning og rådgivning til pasientgruppen (Ibid.). Flere av deltakerne i studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) understreket også at det er et stort problem at kunnskapsnivået relatert til diabetes type II blant helsepersonell er svært varierende fra person til person. Flere av pasientene følte de hadde fått inkonsekvente opplysninger, der de fikk ulike beskjeder fra ulike personer. Dette førte til at flere hevdet de ikke lenger stolte på råd gitt av helsepersonell (Ibid.). Manglende praktiske råd gav deltakerne følelsen av at de manglet nødvendige opplysninger rundt sin sykdom, noe som igjen førte til utilstrekkelig egenomsorg av sykdommen (Ibid.). Deltakerne ønsket at sykepleierne oppdaterte sine kunnskaper og lærte mer om diabetes mellitus. På den måten kunne pasientene selv få nøyaktig og oppdatert informasjon og veiledning, og bli mer motivert til nødvendig egenomsorg av sykdommen (Ibid.). Disse studiene viser at en viktig utfordring for å få til god veiledning av diabetespasienter, ligger i manglende kunnskap hos sykepleierne.

Sammenfattet viser studiene at flere sider hos sykepleiere som mangel på empati og lite oppdatert kunnskapsnivå, medfører utfordringer ved veiledning til god egenomsorg.

4.3 Relasjoner - grunnlaget for veiledning

Joyce Travelbee påpeker i sin teori, at gode relasjoner er viktig for at man som sykepleier skal kunne gjøre en god jobb som veileder (Kristoffersen 2008b). Gode relasjoner bygger på åpenhet, gjensidighet, forståelse og pålitelighet. Dette oppnås ved at pasienten har tillit til sykepleie som profesjon og sykepleieren som person. Gjennom respekt, tålmodighet, forståelse og empati, kan sykepleiere skape et slikt tillitsforhold (Kristoffersen og Nortvedt 2008). Kommunikasjon vil være et viktig redskap i dannelsen av gode relasjoner, da det vil føre til felleskap og samhandling. Valg av språk, stemmebruk, bruk av blick og ansiktsuttrykk, samt kroppsbevegelser vil påvirke kommunikasjonen og dermed samspillet i relasjonen (Håkonsen 2009). Kristoffersen og Nortvedt (2008) poengterer også at det å gjøre seg forstått er viktig i relasjoner. Informasjon som blir gitt til pasienter under veiledning bør legges frem på en forståelig måte. Dette er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), der det presiseres at man skal ta hensyn til mottakerens forutsetninger når man gir informasjon.

Ved oppbygging av gode relasjoner kan pasienten finne nye meninger og verdier ved sykdom (Kristoffersen og Nortvedt 2008). I tilfeller ved diabetes vil gode relasjoner kunne danne grunnlaget for motivasjon til egenomsorg. Et tett og godt samarbeid mellom pasient og sykepleier er avgjørende for at sykepleier skal kunne veilede pasientene, og dermed påvirke til egenomsorg (Nagelkerk, Reick og Meengs 2006). Studien utført av Adolfsson et al. (2008) viser at horisontale relasjoner, som bygger på gjensidig tillit og et åpent miljø hvor det legges til rette for å komme med innspill og spørsmål, virker motivasjonsfremmende for egenomsorg blant pasientene.

Som tidligere nevnt er det gjennom flere studier bevist at noen sykepleiere har manglende empati (Adolfsson et al. 2008, Jansink et al. 2010). Empati ligger til grunn for å skape tillit og pålitelighet og er dermed viktig for å danne gode relasjoner (Ibid.). Mangel på empati utgjør derfor en utfordring i relasjonsbyggingen.

Studiene til Nagelkerk, Reick og Meengs (2006) og Jansink et al. (2010) nevner at flere pasienter hadde manglende forståelse av informasjonen som ble gitt av sykepleiere, og at sykepleiere hadde vansker med å tilpasse rådgivningen og informasjonen til det stadiet pasienten var. Studiene viser med andre ord en mangel på gjensidighet, der sykepleiere og pasienter stiller på likt nivå. Ofte var informasjon gitt av helsepersonell preget av et profesjonelt språk, med bruk av mye fagterminologi som ikke ble forklart for pasienten, noe som førte til forvirring og feiltolkninger (Nagelkerk, Reick og Meengs 2006, Poskiparta, Kasila og Kiuru 2006). En utfordring ved veiledning er derfor å danne gode relasjoner som bygger på kommunikasjon hvor pasient og sykepleier er på lik linje, slik at formidlet informasjon blir forståelig for begge parter. Dette oppnår man ved at sykepleiere velger formuleringer og et toneleie som er på pasienten sitt nivå, slik at vedkommende kan oppnå forståelse for hva som blir sagt. For at sykepleieren skal kunne lære pasienten å kjenne, og dermed vite hvordan formidling av informasjon skal gjennomføres, krever dette mye tid med pasienten.

Disse studiene viser at å danne gode relasjoner som bygger på gjensidighet, forståelse og pålitelighet, er en stor utfordring ved veiledning av diabetespasienter.

4.4 Individualisering - en utfordring for helsepersonell

I følge ordbøker blir individualisering definert som å *tilpasse til det enkelte individ* (Taule 2005). Mosand og Stubberud (2010) nevner at all behandling skal tilrettelegges og tilpasses den enkeltes livssituasjon, forutsetninger og alvorlighet av sykdom. Dette innebærer en pasient-sentrert omsorg, der man ser på helheten av pasientens situasjon. Jobb, familieliv, personlige kontekster, generasjon, alder, miljøfaktorer samt sosiale-, kulturelle- og etniske forhold utgjør faktorer som vil ha innvirkning på pasientens atferd i behandlingen (Robertson 2012, Whittemore et al. 2003). Behovet for veiledning, både i forhold til innhold, metode og oppfølging, vil være forskjellig fra pasient til pasient da ikke alle har samme utgangspunkt, verken i forhold til kunnskapsnivå eller praktiske ferdigheter (Kristoffersen 2008a).

Helsedirektoratet (2009) poengterer at det er et behov for individualisering ved veiledning av diabetespasienter. Veiledningsformer bør ta hensyn til de følelsesmessige aspektene som følger med diagnostiseringen av diabetes type II, slik at pasientene selv skal kunne ta gode

valg og beslutninger i hverdagen (Ibid.). I studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010a) blir det, som nevnt i resultatdelen, avdekket seks temaer knyttet til livsverdi. Disse utgjorde en medvirkende rolle på motivasjonen til egenomsorg. Studien viser viktigheten av å individualisere veiledningen, slik at personlige faktorer som selvbestemmelse, tilhørighet, kroppsbilde og kroppslig velvære blir tatt hensyn til (Ibid.). I følge Kristoffersen (2008a) synes pasientene det er lettere å ta til seg, samt bearbeide og ta i bruk kunnskapene, dersom disse er tilrettelagt og oppdatert for pasienten og dens situasjon. Dette er også bevist i studiene utført av Jansink et al. (2010), Nagelkerk, Reick og Meengs (2006) og Oftedal, Karlsen og Bru (2010b).

Hvorvidt en pasient kan benytte seg av mottatt informasjon i praksis, styres gjerne av formidlingsevnen og undervisningsmetoden som blir brukt. Gjennom kartlegging av pasientens kunnskapsnivå, evne til å ta til seg informasjon og kommunikasjonsferdigheter, vil sykepleiere lettere kunne tilrettelegge undervisningen til pasientens nivå og utgangspunkt (Eide og Eide 2007). Det gjelder å velge den optimale fremgangsmetoden for hver enkelt pasient, slik at man best mulig kan medvirke til egenomsorg. En behandling som er skreddersydd til den enkeltes behov, er tverrfaglig og inkluderer regelmessig oppfølging, viser seg å være optimal diabetesomsorg (Adiseshia 2005). Utforming av en tilpasset behandlingsplan, som legger til rette for at pasienten skal kunne håndtere hverdagen som diabetiker er derfor viktig, da pasienter med nyoppdaget diabetes type II befinner seg i en ukjent, og gjerne skremmende situasjon, hvor det vil være behov for å gjøre endringer i hverdagen (Kristoffersen 2008a).

I artikkelen skrevet av Poskiparta, Kasila og Kiuru (2006), viser resultatene at veiledning gitt til diabetespasienter er overfladisk, uinteressant og bygger på ren rutine. Pasienter har selv sagt de synes det er lettere å forholde seg til formidlet informasjon, samt at de får økt interesse for å lære, når veiledningen er individuelt tilpasset (Oftedal, Karlsen og Bru 2008b, Nagelkerk, Reick og Meengs 2008). Allikevel viser flere studier at en av utfordringene ved veiledning, er at informasjon og råd som blir gitt er for generelle, og ikke tilpasset den enkelte pasients behov (Nagelkerk, Reick og Meengs 2006, Jansink et al. 2010, Oftedal, Karlsen og Bru 2010b). Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) skriver også at behovet for veiledning tilknyttet dagliglivet er stort. Mange pasienter rapporterte at mangel på praktiske råd tilknyttet hverdagen, reduserte deres evne til å bruke den gitte informasjonen som redskap for egenomsorg (Ibid.).

Individualisering ved formidling av informasjon og veiledning, samt utforming av behandlingsplan, slik at den kan relateres til og benyttes i hverdagen, viser seg å være en stor utfordring for sykepleiere i veiledning av diabetes type II pasienter.

4.5 Brukermedvirkning

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleiere “*fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått*” (Norsk Sykepleierforbund 2011). Dette kommer også frem i lovverket under Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Som sykepleier innebærer dette at man har ansvar for at pasienten får delta aktivt og medvirke i avgjørelser angående egen behandling. Ved å involvere pasienten i utformingen av behandlingen, vil man styrke pasientens motivasjon for egenomsorg og påvirke bedringsprosessen i positiv retning. Man oppnår dermed en helhetlig og god behandling (Larsen, Aasheim og Nordal 2006).

Empowerment, eller myndiggjørelse, er et viktig begrep ved behandling av pasienter med kronisk sykdom, som diabetes mellitus type II. Empowerment innebærer at helsepersonell skal mobilisere egenkraften hos pasientene, slik at de kan finne motivasjon og styrke. Pasienten vil gjennom denne prosessen kunne oppdage egne ressurser og etterhvert utvikle egne evner som kan benyttes for å realisere sine mål (Askheim 2007). Sykepleiere fungerer som veiledere og motivatorer, der de styrker pasientenes selvtillit og øker deres kunnskapsnivå og ferdigheter, slik at pasientene blir kapable til å kunne ta egne avgjørelser som er helsefremmende (Askheim 2007, Bartol 2012). I følge Funnell et al. (2011) er målsettingen med diabetesomsorg, å aktivere samarbeidet mellom pasient og helsepersonell slik at man kan forbedre kliniske utfall, helsestatus og livskvalitet på en kostnadseffektiv måte. For å oppnå dette må helsepersonell engasjere seg i å aktivere pasienten gjennom samtaler om sykdommen, involvere til deltakelse, lytte aktivt og gi relevante tilbakemeldinger (Ibid.). Dette er også funnet i flere studier, der brukermedvirkning og empowerment synes å ha en positiv innvirkning på pasientenes motivasjon for egenomsorg ved diabetes mellitus type II (Nagelkerk, Reick og Meengs 2006, Adolfsson et al. 2007, Adolfsson et al. 2007, Oftedal, Karlsen og Bru 2010b)

I samspill mellom sykepleier og pasient kan man oppnå fremgang og resultater (Kristoffersen 2008b). Et godt samarbeid oppstår når kompetansen til fagpersonene og kunnskapene til pasientene utfyller hverandre. Helsepersonell har kunnskap om sykdommen og dens behandling, mens pasientene er eksperter på eget dagligliv som diabetikere (Kristoffersen og Nortvedt 2008). I Studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010b, s. 1504) uttalte en pasient “ *I find that learning goes both ways. And that is, of course, a win-win situation*”. Studien identifiserte brukermedvirkning, der pasienten fikk delta aktivt og ble inkludert i avgjørelser og utforming av egen behandlingsplan, som en viktig ressurs for å oppnå god egenomsorg (Oftedal, Karlsen og Bru 2010b). Whittemore et al. (2003) skriver også at samarbeid hvor pasienten selv får ta aktivt del i avgjørelser om sin egen behandling, fører til økt kunnskapsnivå og motivasjon for egenomsorg.

Studiene gjort av Adolfsson et al. (2007, 2008) viste at myndiggjørende gruppeveiledning økte kompetansenivået blant pasientene. Pasientene fikk selv bestemme hvilke temaer relatert til utfordringer ved egenomsorg det ble fokusert på, og de ble oppfordret til å dele egne erfaringer gjennom en tosidig kommunikasjon. Målet med denne form for veiledning var å aktivere pasientene til å ta egne avgjørelser, slik at de kunne nå individuelle målsettinger. Pasientundervisning som legger opp til aktivisering av pasienten førte til økt forståelse for sykdommens omfang, og hvordan man kan leve et godt liv som diabetespasient, samt økt innsikt i hvordan man kan forebygge senkomplikasjoner (Ibid.). Denne studien underbygger med andre ord viktigheten av brukermedvirkning og myndiggjørelse.

Jansink et al. (2010) dokumenterer at sykepleiere selv synes det er vanskelig å inkludere pasientene i avgjørelser og utformingen av behandlingsplan. De følte det var vanskelig å unngå gamle og dårlige rutiner som var preget av ensidighet, og en felles form for veiledning av pasientene (Ibid.). I følge Whittemore et al. (2003) er pasienter med kronisk sykdom, som diabetes, mindre fornøyde med tradisjonelt kommunikasjonssamarbeid med helsepersonell, og har dermed dårligere helseutfall når de mottar veiledning som bærer preg av kontroll og dominans fra helsearbeidernes side. I studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) følte mange av pasientene at de ikke ble hørt, og at helsepersonell ikke stilte spørsmål om deres egen mening angående viktige temaer assosiert med sykdomstilstanden. Dette fikk en negativ virkning, da mange av pasientene unngikk å møte til avtaler, samt reduserte sin innsats for egenomsorg (Ibid.). Disse funnene viser at man som sykepleier står overfor viktige utfordringer for å få til en god gjennomføring av prinsippene om brukermedvirkning, der

pasientene faktisk får delta i egen behandling. Dette fordi brukermedvirkning og empowerment synes å ha en veldig stor innvirkning på pasientenes motivasjon for egenomsorg.

4.6 Tidsbegrensninger

Gjennom veiledning skal pasientene tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter (Kristoffersen 2008a). Ved nyopplaget diabetes mellitus type II må pasientene ofte endre livsstil, og trenger i den forbindelse ny kunnskap og nye ferdigheter for å kunne realisere en slik endring (Mosand og Stubberud 2010). For at pasienten skal føle seg trygg på egne kunnskaper, og på den måten yte god egenomsorg, er det viktig at veiledningen og opplæringen ikke går for fort frem, men at man bruker tid på hver pasient (Ibid.). Dette understrekes av Iversen (2008) som hevder at en presset tidsplan kan hindre god diabetesomsorg.

Sykepleiere må i flere tilfeller selv velge hva de skal bruke tiden sin på. Hvordan sykepleiere strukturerer sin egen hverdag kan ha en innvirkning på hvor mye tid sykepleierne får til direkte pasientkontakt. Studien til Bruyneel et al. (2013) viser at sykepleiere ofte bruker mye unødvendig tid på oppgaver de kan delegere bort til for eksempel hjelpepleiere. Dette fører til at sykepleierne får mindre tid til direkte pasientkontakt (Ibid.). Prognoser fra Helsemod i år 2009, viste at Norge vil ha et behov for rundt 120.000 nye årsverk i helsesektoren frem mot 2030, mens tilgangen på helsepersonell kun vil øke med cirka 100.000 årsverk (Brusselkontoret AS 2012). Mangelen på ansatte vil føre til personellutfordringer, der blant annet oppgaveglidning kan bli brukt for å oppnå bedre ressursutnyttelse (Ibid.). Dette vil medføre at sykepleiere får nye oppgaver og roller. I Studien gjort av Foss et al. (2006) ble det funnet at kun 35,5 prosent av sykepleiernes tid ble brukt til direkte pasientkontakt. Flere oppgaver vil medføre enda mindre tid til direkte samhandling med pasientene (Ibid.).

Sykepleiere fra studien til Jansink et al. (2010) påpeker at de har for liten tid til å holde tritt med ny forskning og kunnskap, noe som medfører at kunnskaps- og kompetansenivået blant helsepersonell ikke blir oppdatert. Tidsmangel var også begrunnet som mye av årsaken til at veiledningene ikke ble utført på en god nok måte (Ibid.). Poskiparta, Kasila og Kiuru (2006) underbygger denne påstanden. Studien viser at manglende tid førte til at pasientenes spørsmål ikke ble besvart, at informasjonen ble for generell, samt at den ble gitt til pasienten av

sykepleiere som virket overordnet og formanende (Ibid.). En stor utfordring ved veiledning synes derfor å ligge til tidsaspektet, der en hektisk hverdag medfører tidsmangel for sykepleiere til å kunne gjennomføre god veiledning av pasienter med diabetes type II. Dette vil igjen svekke muligheten for kontinuerlig og tett oppfølging av pasientene, noe som kan begrense påvirkningskraften man har for motivasjonen til egenomsorg. En viktig utfordring for sykepleiere vil derfor være å utvikle nye veiledningsmodeller, med grunnlag i dagens ressurser (Poskiparta, Kasila, Kiuru 2006).

4.7 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid betyr at flere yrkesgrupper samordnes for å tilrettelegge et best mulig tilbud til pasienten, der flere behov blir dekket (Kristoffersen og Jensen 2008). Samordning kan defineres som *“en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre”* (Lauvås og Lauvås 2004, i Kristoffersen og Jensen 2008). Det er altså en koordinering av kunnskap og informasjon mellom ulike yrkesgrupper for å skape et best mulig tilbud til pasienten. Dette er særlig aktuelt for pasienter med diagnoser som påvirker den fysiske og psykiske helsen, samt det sosiale, og som har behov for tjenester over tid, slik som diabetikere (Kristoffersen og Jensen 2008). Jenssen og Berg (2010) gir et eksempel på yrkesgrupper som bør samarbeide i møte med en diabetespasient; lege, sykepleier, ernæringsfysiolog, foterapeut og eventuelt psykolog. Det er disse helseprofesjonene diabetikeren har mest kontakt med, i forbindelse med sitt sykdomsbilde (Ibid.).

Jansink et al. (2010) skriver i sin studie at samarbeidet mellom helsearbeidere var bra i de fleste tilfeller, men at noen sykepleiere følte det var et manglende samarbeid med ernæringsfysiologer. Dette førte til at kostholdsveiledning gitt av sykepleiere var lite oppdatert og ufullstendig. Også samarbeid med pasientens fastlege ble i noen tilfeller nevnt som ikke eksisterende (Ibid.). Nagelkerk, Reick og Meengs (2006) nevner at manglende koordinering mellom fastlege og sykehus var et opplevd problem blant pasientene. En viktig utfordring for sykepleiere vil derfor være å etablere kontakt med, og samordne informasjon og kompetanse med andre helsearbeidere som diabetespasienten er i kontakt med. Dette for å få konstruert et mer helhetlig og sammensett behandlingstilbud til pasienten.

4.8 Etterlevelse og oppfølging

I følge Haynes (1979, i Steihaug 2003) defineres etterlevelse som ”*i hvilken utstrekning pasientens atferd (i form av å ta medisiner, følge diett eller gjennomføre livsstilsforandringer) sammenfaller med medisinske råd eller helsefaglige råd*”. Med andre ord vil etterlevelse si hvorvidt helsepersonellens kunnskaper og råd blir nyttiggjort og tatt i bruk av pasienten i praksis. Man skiller mellom god og dårlig etterlevelse. Ved dårlig etterlevelse vil effekten av veiledningen bli redusert, da den praktiske utførelsen fra pasienten i hverdagen, ikke samsvarer med anbefalt kunnskap formidlet fra helsepersonellet. God etterlevelse vil si at pasientene følger helsepersonellens anbefalinger, noe som medvirker til bedre behandlingsresultat (Nordeng 2008). En samordning og enighet mellom pasient og helsepersonell, for hvordan pasienten best mulig kan oppnå egenomsorg som diabetiker, ligger til grunn for god etterlevelse (Ibid.).

Integrering av nye vaner i hverdagen utgjør en felles utfordring for alle diabetespasienter. Integrering innebærer at all kunnskap og rådgivning pasientene mottar, skal bearbeides til meningsfulle og anvendelige vaner og rutiner som kan benyttes i det daglige (Kristoffersen 2008a). Fra pasientens side vil etterlevelse kreve mye tid, i form av hardt og målrettet arbeid, noe som er energikrevende og medfører forpliktelser i forhold til seg selv og helsepersonellet. For at dette skal la seg gjøre, trenger pasienten tett oppfølging (Ibid.). I følge Helsedirektoratet (2009) anbefales det regelmessige kontroller hver tredje måned i tillegg til en årskontroll. Rutinekontroller skal omfatte elementer som psykisk helse, problemer relatert til diabetes og blodglukosereguleringen, diskusjon rundt pasientens egne målinger, målsettinger i forhold til behandlingsplanen, vekt og vektendring, og evaluering av måloppnåelse, risikofaktorer og levevaner (Ibid.). Studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010b) viser at mange pasienter føler et behov for pågående gruppebasert oppfølging. Pasientene mente at kontinuerlig støtte fra helsepersonell, i tillegg til vanlige rutinekontroller, var viktig for å få motivasjon til egenomsorg (Ibid.). Gjennom tett samarbeid og oppfølging vil helsepersonell fungere som viktige støttespillere. Da diabetes type II er en kronisk tilstand, vil oppfølgingen ofte måtte strekke seg over flere år. Med andre ord stilles det krav om at sykepleierne er disponible og tilgjengelige over tid, slik at man oppnår kontinuitet og kontakt med pasienten over en lengre tidsperiode (Kristoffersen 2008a). I følge Adolfsson et al.

(2007) og Poskiparta, Kasili og Kiuru (2006) innebærer tett oppfølging et samarbeid som preges av kontinuitet og stadig evaluering av sykdomstilstanden som kan føre til eventuelle justeringer i behandlingsplanen. Dette viser seg å være en utfordring da et samarbeid mellom helsepersonell og pasienter, som skal føre til livsstilsendringer, krever mye tid satt av til veiledning og oppfølging, noe som er svært ressurskrevende (Adolfsson et al. 2007, 2008).

Studien gjort av Jansink et al. (2010) synliggjør utfordringer relatert til etterlevelse. Mangel på raskt synlig resultat, mangel på disiplin for vedlikehold, faren for tilbakefall, og vanskelige perioder som stressituasjoner og situasjoner hvor pasientene blir lokket til å ta dårlige og usunne valg, viser seg å være viktige faktorer for at pasienten ikke følger opp egenomsorgen over tid (Ibid.). Pasientene i studien brukte unnskyldninger for å unngå å måtte endre dårlige helsevaner. I følge Jansink et al. ble motivasjonen for etterlevelse blant pasientene påvirket av blant annet holdninger som uvillighet, fordi man ikke likte eller ikke ville gjøre endringer, alder, fordi man som eldre pasient ikke fant livsstilsendringene nødvendige, og tidligere erfaringer i møte med helsepersonell, hvorvidt man har oppnådd resultater og et godt samarbeid i andre sammenhenger tidligere. Dårlig etterlevelse blant pasientene medførte en dårlig utvikling hos sykepleierne, som mistet motivasjonen for sitt arbeid og ikke orket å følge opp pasientene slik de egentlig skulle (Ibid.). En stor utfordring ved veiledning er derfor å motivere til god etterlevelse blant pasientgruppen.

4.9 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser

I oppgaven er det tatt utgangspunkt i oppsettet som blir presentert i Undervisningsplanen (2012) med unntak av noen små endringer. Dette for å oppnå bedre flyt i oppgaven.

Alle forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er skrevet på engelsk. På grunn av bruk av fagspråk og fagterminologi i artiklene, kan dette ha medført eventuelt noen feiltolkninger.

Gjennom oppgaven er det benyttet i hovedsak primærkilder, men også noen sekundærkilder. Sekundærkildene er brukt for å underbygge påstander. De har vært av god kvalitet, og det har ikke vært noen grunn for å være kritisk overfor kildene.

Forskningsartiklene som er fremstilt i resultatdelen og benyttet i drøftingen er alle, bortsett fra en, fra Nord Europa. De er bevisst valgt ut da resultatene er overførbare til norsk helsevesen,

økonomi og helsetilstand. Den ene artikkelen er derimot fra Michigan, USA. Selv om studien faller inn under eksklusjonskriteriene, syntes resultatene å være gjeldende for oppgaven, samt at de var sammenlignbare med tidligere funn fra nordiske land.

Gjennom forskningsartiklene blir både sykepleiere, diabetessykepleiere, leger og ernæringsfysiologer inkludert. Selv om oppgaven har fokus på sykepleierrollen og forskningsartiklene inkluderer flere profesjoner, vil utfordringer som er identifisert hos for eksempel diabetessykepleiere også være gjeldene for sykepleiere uten videreutdanning. Derfor er det ikke valgt å bare fokusere på artikler som omhandler generelle sykepleiere.

Benyttede forskningsartikler har ingen motsigende funn, og dermed peker alle resultatene i samme retning. I forhold til identifisering av utfordringer er utvalgte artikler dekkende for problemstillingen.

En svakhet ved å ekskludere all forskning gjort tidligere enn år 2005, er at relevante studier ikke har blitt funnet. Forfatterne av denne bacheloroppgaven har kvalitetssikret arbeidet ved å analysere de åtte utvalgte forskningsartiklene hver for seg, og deretter sammen. Dette for at viktige elementer i artiklene ikke skulle bli oversett, samt at man får lagt frem hver sin tolkning av innholdet.

5.0 Konklusjon

Hensikten med bacheloroppgaven var å identifisere utfordringer som kan hindre god veiledning av pasienter med diabetes mellitus type II. Gjennom funn i litteratur, forskningsartikler og andre relevante studier, ser man at sykepleiere står overfor mange utfordringer i forbindelse med veiledning av denne pasientgruppen.

Da diabetes er en kronisk sykdom som pasienten må lære å håndtere i hverdagen, vil evnen til egenomsorg være avgjørende for behandlingen. Behovet for veiledning vil være forskjellig fra pasient til pasient, da deres kunnskapsnivå og praktiske ferdigheter vil variere i stor grad. Sykepleier som veileder, stilles overfor store krav som å kunne danne gode relasjoner, individualisere sykepleien, samarbeide tverrfaglig, samt å la pasienten medvirke i avgjørelser og utforming av egen behandlingsplan.

Som det kommer frem i forskningsartiklene er det manglende kunnskap blant pasientene, både i forhold til diagnose, behandling og senkomplikasjoner. Dette skyldes ofte dårlig veiledning fra helsepersonell som viser seg å ha manglende og lite oppdatert fagkompetanse, både i form av kunnskapsnivå og veiledningsferdigheter. Svekket tillit til helsepersonellet kommer som følge av inkonsekvente opplysninger, unøyaktig og lite oppdatert informasjon, samt varierende grad av veiledning. Dette hindrer pasientene i å tilegne seg gode kunnskaper og ferdigheter om diabetes og hvordan de kan leve med sykdommen, noe som kan føre til utilstrekkelig egenomsorg.

Gode relasjoner bygger på gjensidighet, forståelse og pålitelighet. For at sykepleieren skal kunne veilede pasientene, må åpen og god kommunikasjon ligge til grunn. Studiene viser at kommunikasjonsevnene blant sykepleierne svikter, hvor det ofte blir benyttet en formidlingsmetode som ikke er forståelig for pasienten. Språkbarrierene utgjør et hinder for at pasientene skal kunne nyttiggjøre seg av formidlet informasjon og veiledning i praksis. Dette innebærer at man må ha evnen til å formidle samme informasjonen på ulike måter, alt etter hvem pasienten er. Videre blir mangelfull empati blant helsepersonell identifisert som en utfordring. Empati utgjør en viktig byggestein for å danne gode relasjoner, og ligger til grunn for å oppnå tillit og pålitelighet. Med andre ord utgjør manglende formidlingsevne og mangel på empati viktige utfordringer for å oppnå gode relasjoner som danner grunnlaget for veiledning.

Pasientens egne forutsetninger, verdier og behov, samt egne synspunkter bør få en viktig plass i behandlingsplanen. Studier viser at dette ikke alltid er tilfellet, da veiledning ofte blir styrt av sykepleier uten medvirkning fra pasienten. I tillegg baseres ofte veiledningen på generelle fakta, opplysninger og informasjon som ikke er tilpasset pasientens situasjon, og som er vanskelig å relatere til hverdagen. Med andre ord er individualisering av sykepleien, samt bemyndiggjørelse av pasienten, store utfordringer som kan hindre god veiledning av diabetes type II pasienter. Dette krever at man bør sette av mer tid til å bli kjent med pasientene, for å kunne se situasjonen gjennom deres perspektiv, og på den måten fremstå som empatisk og tillitsvekkende. Sykepleiernes evne til god kartlegging av hver enkelt pasient vil danne grunnlaget for å kunne individualisere behandlingen, og dermed best mulig medvirke til god egenomsorg.

Manglende tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, ernæringsfysiologer og fastleger utgjør også et hinder for god veiledning. Dette fordi et lite helhetlig og koordinert behandlingsopplegg medfører mer forvirring enn motivasjon hos pasienten for å utføre god egenomsorg.

Studier viser at motivasjon for etterlevelse er en utfordring. Dette er ofte relatert til manglende oppfølging fra sykepleierne. Utfordringen med tett oppfølging knyttes ofte sammen med faktoren tid. Veiledning av diabetes type II pasienter krever et samarbeidsforhold som varer over en lengre periode. Dette er en utfordring da behandling som skal føre til livsstilsendringer krever mye tid fra sykepleierne, noe studiene viser at sykepleierne ofte ikke har mulighet til å gjennomføre. I tillegg vil nye oppgaver som pålegges sykepleierne, hindre deres tid til å gjennomføre gode forberedelser, individualisering, oppdatering av kunnskaper og fokus på medvirkning i møte med pasienten. Dette vil med andre ord redusere sykepleiernes direkte kontakt med pasienten.

Ut i fra oppgaven ser man at utvikling av empati og kompetansenivå, relasjonsbygging, individualisering, brukermedvirkning, tverrfaglig samarbeid, samt etterlevelse og oppfølging har to felles forutsetninger: bevissthet over egne handlinger, og tid. For at sykepleiere skal kunne utføre sin oppgave som veileder for pasienter med diabetes type II, er det viktig å være bevisst over de utfordringene som er identifisert i denne oppgaven, samt hvilke krav som stilles til det å kunne veilede. Sykepleierne bør bli bevisst over egen væremåte, hvilke evner de har til å skape tillit og respekt hos pasienten, samt hvilke evner de har til å sette seg inn i

pasientens situasjon. For å kunne redusere utfordringene ved veiledning av diabetes type II pasienter, vil derfor bevissthet, samt faktorer ved tidsaspektet, trolig være de områdene hvor man bør gripe inn. Likevel er ikke tid i seg selv noe man kan skape eller samle opp. Derfor vil dette begrepet innebære tiltak hvor man bedre kan nyttiggjøre seg av den tiden og de ressursene man har. Dette innebærer for eksempel tiltak for å luke bort dårlige vaner og rutiner, samt bedre kompetansenivået og holdningene blant sykepleierne.

Som sykepleier bør man være ydmyk overfor sin rolle som helsepersonell. Ingen kan alt, og noen ganger vil man finne gode løsninger ved å prøve og feile. Dette innebærer at man som sykepleier generelt må ta ansvar for egen læring, også etter endt skolegang, for å oppdatere sine kunnskaper. Ved å repetere faglitteratur, samt søke etter ny viten gjennom forskning og annen relevant litteratur, vil kompetansenivået heves slik at man er forberedt på de utfordringene man kan møte i arbeidslivet. Videre må man tørre å feile, samt å oppsøke hjelp fra andre for å kunne bli en bedre veileder. Også kurs, opplæring og eventuelt videreutdanning kan være nyttige tiltak, dersom disse tilbudene er tilgjengelige.

ETTERORD

Til å begynne med ville vi skrive om livsstilsendringer i form av kosthold og fysisk aktivitet. Med bakgrunn i dette valgte vi derfor diabetes type II pasienter, da dette er en pasientgruppe som ofte må gjøre radikale endringer i egen livsstil, for at ikke sykdommen skal eskalere og gi farlige og ubehagelige senkomplikasjoner. Etter å ha gjort flere søk, og lest flere artikler, syntes vi dette ble for omfattende, og bestemte oss derfor for å fokusere på kostholdsendringer. I flere av artiklene vi fant, stod veiledning frem som den viktigste faktoren vi som sykepleiere kan bidra med i forhold til en slik endring. Dette fordi det meste avhenger av pasienten selv ettersom det er han som må leve med sykdommen og som må gjøre endringene. Vi ble derfor mer og mer nysgjerrige på dette med veiledning, og fant ut at det var flere utfordringer som hindret god veiledning. Med dette som bakgrunn valgte vi derfor å bytte tema fra livsstilsendringer til utfordringer ved veiledning av pasienter med diabetes type II, der veiledningen har som mål å få til god egenomsorg.

I sykepleierstudiet har vi gjennom alle tre årene fått høre at det er viktig med god veiledning av pasienter, men vi har aldri fått direkte informasjon om hva som skal gjøres for å få til god veiledning, eller hva som kan hindre god veiledning. Gjennom denne oppgaven har vi hatt ett ønske om å heve vårt eget kunnskapsnivå i forhold til veiledning og utfordringer man kan møte på som veileder. Dette med tanke på at vi snart er ferdig utdannede og garantert vil komme i situasjoner hvor vår sykepleierrolle som veileder vil bli satt på prøve.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått mye ny kunnskap relatert til sykdommen diabetes type II, betydningen av egenomsorg ved kronisk sykdom, betydningen av veiledning og utfordringer som kan hindre god veiledning. Det har blant annet vært interessant å lese om pasienters egne erfaringer i møte med helsepersonell. Dette gir oss en bedre forståelse for hvordan vi kan gjøre deres opplevelser bedre. Kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom oppgaven, tar vi med oss ut i praksis, og vi håper flere kan gjøre nytte av funnene våre. Våre resultater mener vi er overførbare til andre pasientgrupper, og vil derfor være relevante i flere sammenhenger på ulike arenaer i møte med ulike pasientsituasjoner.

Dette arbeidet har økt våre kunnskaper og ferdigheter innen søk av litteratur og analysering av forskningsartikler. Vi har opparbeidet et mer kritisk blikk i forhold til valg av relevant og god litteratur, samt hva vi skal ha med i en litteraturstudie, og hva en litteraturstudie innebærer.

Gjennom søkeprosessen har vi hatt kontakt med forfatter Bjørg Oftedal. Dette fordi vi hadde vansker med å finne en artikkel som vi mente var relevant ut i fra lest abstrakt. Dermed tok vi kontakt på mail, og fikk positivt svar tilbake hvor hun viste oss hvor vi kunne finne artikkelen.

Arbeidet med oppgaven har vært utfordrende med tanke på stadige justeringer, både av problemstilling og innhold. Allikevel har vi klart å jobbe strukturert og systematisk. Gjennom skriveprosessen har vi hatt et godt samarbeid med veileder som har vært disponibel og gitt oss konstruktiv kritikk og veiledning.

Kort oppsummert synes vi det har vært en lærerik prosess, hvor vi sitter igjen med et resultat vi er stolte av.

LITTERATURLISTE

Adiseshiah, M. (2005) Effective care of patients with type 2 diabetes and dyslipidemia; A nurse's perspective. I: *Diabetes Research and Clinical Practice* [online]. 68 (2), s. 23-27 [online]. URL:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271273&_user=1643783&pii=S0168822705000677&check=y&origin=article&zone=toolbar&coverDate=2005-Jun-30&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVlk-zSkzk&md5=9532618fb96443cf983044c3cb8617c7&pid=1-s2.0-S0168822705000677-main.pdf (03.05.2013)

Adolfsson, E. T., B. Starrin, B. Smide og K. Wikblad (2008) Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches- a qualitative study. I: *International Journal of Nursing Studies* [online]. 45 (7), s. 986-994. URL:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271253&_user=1643783&pii=S0020748907001745&check=y&origin=article&zone=toolbar&coverDate=2008-Jul-31&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVIB-zSkzk&md5=30b19d28fad11bf6eb41fdb3287855f7&pid=1-s2.0-S0020748907001745-main.pdf (15.04.2013)

Adolfsson, E. T., M.L. Walker-Engström, B. Smide og K. Wikblad (2007) Patient education in type 2 diabetes - A randomized controlled 1-year follow-up study I: *Diabetes Research and Clinical Practice* [online]. 76 (3), s. 341-350. URL:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271273&_user=1643783&pii=S0168822706004244&check=y&origin=article&zone=toolbar&coverDate=2007-Jun-30&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVIV-zSkWb&md5=be972f31218e81bbf6dfed2f988e8da8&pid=1-s2.0-S0168822706004244-main.pdf (15.04.2013)

Aschehoug og Gyldendal (1980) *Store norske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget

Askheim, O.P. (2007) Empowerment- ulike tilnærminger. I: Askheim, O.P. og B. Starrin (red.). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bartol, T (2012) Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner. I: *American Academy of Nurse Practitioners* [online]. 24 (1), s. 270-276

URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ab579c2-740e-464b-82b5-9b8ff83c2ce1%40sessionmgr114&vid=5&hid=114> (03.05.2013)

Bjørø, K. og M. Kirkevold (2008) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen N. J., N. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*, b.4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 145-183

Brinchmann, B. S. (2005) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodtkorb, E., R. Norvoll og M. Rugkåsa (2004) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brudal, L (2006). *Positiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget

Brusselkontoret AS (2012) *Nye oppgaver, nye roller – Europas helsevesen i endring* [online]. URL:

https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&cad=rja&ved=0CFQQFjAF&url=https%3A%2F%2Fwww.sykepleierforbundet.no%2FikbViewer%2FCocontent%2F1034960%2FOppgaveglidning%2520-%2520Nye%2520oppgaver%2520nye%2520roller%2520-%2520Europas%2520helsevesen%2520i%2520endring.PDF&ei=TruCUbyNEorLswaO6IGQDw&usq=AFQjCNFFhO6ERh7i85nvz_rTsUG2iDm4DQ&sig2=7viig545WWxiFmH7eE928Q&bvm=bv.45960087,d.Yms (02.05.2013)

Bruyneel, L., L. Baoyue, L. Aiken, E. Lesaffre, K. Van den Heede og W. Sermeus (2013) A multi-country perspective on nurses' tasks below their skill level: Reports from domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries. I: *International Journal of Nursing Studies* [online]. 50 (2), s. 202-209. URL:

<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0020-7489/PIIS0020748912002210.pdf> (07.05.2013)

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

Dall, T. M., Y. Zhang, Y. J. Chen, W. W. Quick, W. G Yang og J. Fogli (2010) The Economic Burden Of Diabetes. I: *Health Affairs* [online]. 29 (2), s. 297-303. URL: <http://content.healthaffairs.org/content/29/2/297.full.pdf+html> (28.04.2013)

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2012) *Forskningsetisk sjekkliste* [online]. URL: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekkliste/> (21.04.2013)

Diabetesforbundet (2012a) *Behandling* [online.]. URL: <http://www.diabetes.no/Behandling.9UFRjQ5M.ips> (29.04.2013)

Diabetesforbundet (2012b) *Diabetes type 2* [online]. URL: <http://diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips> (28.02.13)

Eide, H. og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Folkehelseinstituttet (2007) *Diabetes – en sykdom som rammer mange* [online]. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,1212:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:66700::1:5569:5:::0:0 (19.02.2013)

Folkehelseinstituttet (2012) *Diabetes – faktaark med helsestatistikk* [online]. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70814::1:6043:6:::0:0 (20.02.2013)

Forsberg, C. og Y. Wengström (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Forskningsetikkloven (2006) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20060630-056.html> (21.04.2013)

Foss, H., V. Skaar, B. Fosshaug, A. Ekeren, T. Haga og M. T. Westby (2006) Hvor mye tid får pasientene?. I: *Sykepleien.no* [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116619/hvor-mye-tid-far-pasientene?-> (02.05.2013)

Funnell, M. M., T. L. Brown, B. P. Childs, L. B. Haas, G. M. Hosey, B. Jensen, M. Maryniuk, M. Peyrot, J. D. Piette, D. Reader, L. M. Siminerio, K. Weinger og M. A. Weiss (2011)

National standards for diabetes self-management education. I: *Diabetes Care* [online]. 34 (1), s. 89-96. URL:

http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fcare.diabetesjournals.org%2Fcontent%2F31%2FSupplement_1%2FS97.extract&ei=rxqJUf7fDKiv4ATEjYCQAQ&usg=AFQjCNGOWEa_mxqx_1NBHjWJmVtPw3riWQ&sig2=vnoiiU8YFQGvQK5rLOQCRQ (04.04.2013)

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer - Diabetes – Forebygging, diagnostikk og behandling* [online]. URL:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf> (16.04.2012)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL:

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (02.05.2013)

Hildebrandt, S. (2011) *Fagfelle vurdering med plettet rykte* [online]. URL:

<http://www.forskning.no/artikler/2011/mars/281227> (20.03.2012)

Holme, I. M. og B. K. Solvang (1996) *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano

AS <http://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fwww.helsedirektoratet.no%2Fpublikasjoner%2Fnasjonal-faglig-retningslinje-diabetes%2FPublikasjoner%2FNasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf&sa=D&sntz=1&usg=AFQjCNFaamMUD6ImjvA9021tj7ldHubEWg>

Holte, H. H., I. B. Lidal, G. E. Vist og M. W. Gundersen (2012) *Prosjekt: Effekt av samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ved utskrivning av pasienter med kronisk sykdom* [online]. URL:

<http://www.kunnskapssenteret.no/Prosjekter/Effekt+av+samhandling+mellom+sykehus+og+kommunehelsetjenesten+ved+utskrivning+av+pasienter+med+kronisk+sykdom.13287.cms>
(01.05.2013) <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>

Hummelvoll, J. K. (2001) *Helt- ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Høgskolen i Gjøvik (2011a) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online]. URL:

<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (05.03.2013)

Høgskolen i Gjøvik (2011b) *Helse i dagliglivet* [online]. URL:
http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet (05.03.2013)

Høgskolen i Gjøvik (2011c) *Utdanningskvalitet* [online]. URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/utdanningskvalitet> (05.03.2013)

Høgskolen i Gjøvik (2012) *Kvalitet i sykepleie* [online]. URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (05.03.2013)

Høgskolen i Gjøvik (2010) *Retningslinjer for masteroppgaver og større studentoppgaver på bachelornivå ved Høgskolen i Gjøvik* [online]. URL:
http://www.hig.no/content/download/30554/364363/file/Retningslinjer%20for%20mastergradsoppgaver%20og%20st%C3%B8rre%20studentoppgaver%20p%C3%A5%20bachelorniv%C3%A5%20ved%20H%C3%B8gskolen%20i%20Gj%C3%B8vik_des2010_v1201.pdf
(02.04.2013)

Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Iversen, M. (2008) Diabetes. I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 433-443

Jacobsen, D., S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes og O. Røise (2010) *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jansink, R., J. Braspenning, T. Weijden, G. Elwyn og R. Grol (2010) Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. I: *BMC Family Practice* [online]. 11 (41), s. 41-47. URL:
<http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjjsfk5Ie43eiH9N%2fpRuvX54as2%2baH8eq%2bTK2os0ewpq9Lnq64S7Kws0iet8s%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOvTLOmr1C3q7ZKpOLfhuWz44ak2uBV39zmPvLX5VW%2fxKR57LOzSbeqrlCxp6R%2b7ejrefKz7nzkvPOE6srjkPIA&hid=120> (21.03.2013)

Jensen, K. (2008) *Nye utfordringer i kunnskapssamfunnet- Kunnskapsutvikling og faglig oppdatering hos lærere, sykepleiere, dataingeniører og revisorer* [online]. URL:
<http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&cad=rja&ve>

[d=0CFQQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.utsanningsforbundet.no%2Fupload%2FUtdanningsakademiet%2FBedre%2520Skole%2Fnr%25204-08%2FBedreSkole-4-08_Jensen.pdf&ei=WxCKUeHdDuyP4gS5n4HACw&usg=AFQjCNFif_KQr6-9I2AmE_Xh4SB8OqN4dg&sig2=KJ7xtDgiOl2HSfii82hb9w](http://www.utsanningsforbundet.no/fupload/Utdanningsakademiet/Bedre%2520Skole%2Fnr%25204-08%2FBedreSkole-4-08_Jensen.pdf&ei=WxCKUeHdDuyP4gS5n4HACw&usg=AFQjCNFif_KQr6-9I2AmE_Xh4SB8OqN4dg&sig2=KJ7xtDgiOl2HSfii82hb9w) (01.05.2013)

Jenssen, T., og J. P. Berg (2010) Legemidler ved diabetes og sykdommer i endokrine organer. I: Nordeng, H. og O. Spigset (red.). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 297-316

Kristoffersen, N. J. (2008a) Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N. J., N. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*, b.3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 206-270

Kristoffersen, N. J. (2008b) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., N. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*, b.4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 13-99

Kristoffersen, N. J. (2008c) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., N. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*, b.1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 215-257

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (2008) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*, b.1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 13-27

Kristoffersen, N. J. og K. O. Jensen (2008) Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen, N. J., N. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*, b.4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 184-235

Kristoffersen, N. J., og P. Nortvedt (2008) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie*, b.1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 137-183

Larsen, E., F. Aasheim og A. Nordal. (2006) *Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukervedvirkning-mal-anbefalinger->

[og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf](#) (03.11.2012).

Lazarus, R.S og S. Folkman (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

Lillemyr, O. F. (2007) *Motivasjon og selvforståelse: hva ligger bak det vi gjør?* Oslo: Universitetsforlaget.

Mosand, R. D. og D.G. Stubberud (2010) Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., D.G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 507-536

Nagelkerk, J., K. Reick og L. Meengs (2006) Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. I: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 54 (2), s. 151-158. URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjjsfk5Ie43eiH9N%2fpRuvX54as2%2baH8eq%2bTK2os0ewpq9Lnq64Sq%2bws0iet8s%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOrSa6ms0%2bzrbBRsJzqeezdu33snOJ6u9nnhrCmpIzf3btZzJzfhuorki3p7NPSaewPuTl8IXf6ruI4tzEjeri0n326gAA&hid=120> (15.04.2013)

Nordeng, H. (2008) Grunnleggende kunnskap. I: Nordeng, H. og O. Spigset (red.). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.23-45

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (02.05.2013)

Nortvedt, M. W., G. Jamtvedt, B. Graverholt og L. M. Reinart (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

NSD (2012) *Publiseringskanaler – dokumentasjon* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/hjelp.do> (14.04.2013).

Oftedal, B., B. Karlsen og E. Bru (2010a) Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. I: *Journal of Clinical Nursing* [online]. 19 (17/18), s. 2548 - 2556.

URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie43eiH9N%2fpRuvX54as2%2baH8eq%2bTK2os0ewpq9Lnq64Sq%2bws0iet8s%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOrSa6ms0%2bzrbBRsJzqeezdu33snOJ6u9nnhrCmpIzf3btZzJzfhuorkmurbRLsq2xPuTl8IXf6ruI4tzEjeri0n326gAA&hid=120> (20.03.2013)

Oftedal, B., B. Karlsen og E. Bru (2010b) Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. I: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 66 (7), s. 1500-1509. URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie43eiH9N%2fpRuvX54as2%2baH8eq%2bTK2os0ewpq9Lnq64Sq%2bws0iet8s%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOrSa6ms0%2bzrbBRsJzqeezdu33snOJ6u9nnhrCmpIzf3btZzJzfhuorkmurLZKt6mxPuTl8IXf6ruI4tzEjeri0n326gAA&hid=120> (05.04.2013)

Orem, D. (2001) *Nursing: concepts of practice*. St. Louise, Missouri: Mosby Year Book

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online].

Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (18.04.2013).

Polit, D. F., og C. T. Beck (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams og Wilkins

Poskiparta, M, K. Kasila og P. Kiuru (2006) Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. I: *Scandinavian Primary Health Care* [online]. 24 (4), s. 206-210.

URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie43eiH9N%2fpRuvX54as2%2baH8eq%2bTK2os0ewpq9Lnq64S7Kws0iet8s%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOvTLOmr1C3q7ZKpOLfhuWz44ak2uBV39zmPvLX5VW%2fxKR57LOWs6%2btsU22qKR%2b7ejrefKz7nzkvPOE6srjkPIA&hid=120> (20.03.2013)

Robertson, C. (2012) The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes. I: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* [online]. 24 (1),

s. 225-233. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2012.00719.x/pdf>
(10.04.2013)

Rygg, L. Ø., M. B. Rise, K. Grønning og A. Steinsbekk (2012) Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. I: *Patient Education and Counseling* [online]. 86 (1), s. 98-105.
URL:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271173&_user=1643783&_pii=S0738399111001960&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=31-Jan-2012&_view=c&_originContentFamily=serial&_wchp=dGLbVlk-zSkzV&_md5=043a8ff0a359658e269303e6869e8704&_pid=1-s2.0-S0738399111001960-main.pdf (26.04.2013)

Selle, H. (2002) Opplæring av voksne med diabetes – bruk av sjekkliste. I: Skafjeld, A. (red.). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe

Siminerio, L. M., M. M. Funnell, M. Peyrot og R. R. Rubin (2007) US nurses' perceptions of their role in diabetes care. I: *The Diabetes Educator* [online]. 33 (1), s. 152-162. URL: <http://tde.sagepub.com/content/33/1/152.full.pdf+html> (10.04.2013)

Sortland, K. (2007) *Ernæring- mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjensten m.m.* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-061.html> (19.04.2013)

Statistisk Sentralbyrå (2009) *Helseforhold, levekårsundersøkelsen, 2008* [online]. URL: <http://ssb.no/helse/statistikker/helseforhold> (12.04.2013)

Statistisk Sentralbyrå (2011) *Hva skjer med helsen vår midt i livet?* [online]. URL: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200805/04/index.html> (18.02.2013)

Steihaug, S. (2003) Bør pasienten gjøre som doktoren sier?. I: *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* [online]. 123 (24). URL: <http://tidsskriftet.no/article/945087/#reference-2>
(03.05.2013)

Store norske leksikon (2013) *Fagfelle vurdering* [online]. URL: <http://snl.no/fagfelle vurdering> (05.04.2013)

Taule, R. (2005) *Escolas ordbok- bokmål*. Oslo: Escola forlag AS

Undervisningsplan (2012) *Undervisningsplan, Studieenhet 3, KULL 10HBSPLH, Bachelor i sykepleie, høst 2012*. Høgskolen i Gjøvik, HOS, seksjon for sykepleie

Verdens Helseorganisasjon (1999) *Defination, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications* [online]. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf (19.02.2013)

Verdens Helseorganisasjon (2012) *Diabetes* [online]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (19.02.2013)

Vetlesen, A. J. (2010) Empati under press. I: *Sykepleien* [online]. 98 (03), s. 60-63. URL: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=331502 (01.05.2013)

Whittemore, R., P. S. Bak, G.D.E Melkus og M. Grey (2003) Promoting lifestyle change in the prevention and management of type 2 diabetes. I: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* [online]. 15 (8), s. 341-349. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2003.tb00407.x/pdf> (12.04.2013)

Vedlegg

Vedlegg 1: Reseptregisteret

Reseptregisteret

Rapport dato: 07.05.2013 20:11

<http://www.reseptregisteret.no>
Nasjonalt folkehelseinstitutt

OBS! DDD og omsetning er 0 for mindre enn 5 pasienter.

| | | | | | Antall |
|---------------------|------|---------|----------------|-------------|--------|
| Diabetes- midler | 2012 | 20 - 24 | Begge kjønn | Hele landet | 2 318 |
| | | 25 - 29 | Begge kjønn | Hele landet | 2 808 |
| | | 30 - 34 | Begge kjønn | Hele landet | 3 546 |
| | | 35 - 39 | Begge kjønn | Hele landet | 4 895 |
| | | 40 - 44 | Begge kjønn | Hele landet | 7 584 |
| | | 45 - 49 | Begge kjønn | Hele landet | 10 285 |
| | | 50 - 54 | Begge kjønn | Hele landet | 12 993 |
| | | 55 - 59 | Begge kjønn | Hele landet | 16 351 |
| | | 60 - 64 | Begge kjønn | Hele landet | 19 873 |
| | | 65 - 69 | Begge kjønn | Hele landet | 23 485 |
| | | 70 - 74 | Begge kjønn | Hele landet | 17 490 |

ATC/DDD-versjon: 2013

Valgte måltall:

Antall brukere

Valgte søkekriterier:

Legemiddel: -Diabetesmidler omfatter "A10 - Midler til diabetesbehandling".

Periode: 2012

Alder: 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69
70-74

Ikke valgte søkekriterier:

Kjønn: tallene i rapporten er for begge kjønn

Bosted: tallene i rapporten er for hele landet

Vedlegg 2: PICO- skjema

Tema: Hva ønsker vi å vite noe om?

| P Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/mennesker | I Hvilke tiltak? Intervensjon, behandling, ønsker vi å vite noe om? | C Skal tiltaket satt opp under "I" sammenlignes med andre tiltak? | O Hvilke utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i? |
|--|---|--|--|
| Voksne med nyopplaget diabetes mellitus type II | Identifisere utordringer ved veiledning | | Oppnå egenomsorg |