

BACHELOROPPGAVE

SPL 3903

**HVORDAN KAN SYKEPLEIER
MØTE UNGE JENTER MED
DIABETES MELLITUS TYPE 1, SOM
KONTROLLERER KROPPSVEKT
GJENNOM UNDERDOSERING AV
INSULIN?**

Dato: 15.05.2018

Forfattere:

Silje Bæra 470608

Marie Kleiven 470660

Martine Molstad 470632

NTNU i Gjøvik
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie
Våren 2018

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier møte unge jenter med diabetes mellitus type 1, som kontrollerer kroppsvekt gjennom underdosering av insulin?		Dato : 18.05.18
Deltaker(e)/	Silje Bæra Marie Kleiven Martine Molstad		
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Diabetes mellitus type 1, underdosering av insulin, kunnskap, relasjon, kartlegging, behandling		
Antall sider/ord: 43/9931	Antall vedlegg:	Publiseringsavtale inngått: Ja	
Introduksjon:	<p>Diabetes mellitus type 1 er en sykdom som resulterer i store endringer i menneskers liv. Det er estimert rundt 28000 mennesker i Norge som har denne sykdommen og 300 barn blir nydiagnostisert hvert år. Sykdommen oppleves som en stressfaktor som sammenkobles med livsstil og kropp og fører med seg sårbarhet, usikkerhet og lav selvtillit.</p>		
Hensikt:	<p>Litteraturstudiets hensikt er å finne ut hvordan sykepleiere kan skape gode relasjoner og tilegne seg kunnskap, for å bidra til optimal kartlegging og behandling hos unge jenter med diabetes mellitus type 1 som underdoserer insulin.</p>		
Metode:	<p>Oppgaven er en litteraturstudie. Søk etter vitenskapelige artikler ble gjort i databasene CINAHL, SweMed+ og PubMed. Søkene ble gjort mellom februar-april 2018 med søkeord; <i>Focused care, intervention, nurse, patient, relations, nursing support, hospital, hospitalization, self determination, woman, diabetes mellitus type 1, diabetes, diabetes type 1, diabetes mellitus, weight loss, young woman, sykepleier, young adults, relasjoner, caring og disturbed eating.</i></p>		
Resultat:	<p>Underdosering av insulin kan føre til alvorlige senkomplikasjoner. Funnene viser at riktig kartlegging og behandlingsverktøy kan utgjøre en stor forskjell for pasientens opplevelse og mestring av sykdommen. Relasjoner mellom pasient og sykepleier er en viktig faktor hvor pasientens autonomi står i sentrum. Kunnskapen sykepleieren har til pasientgruppen er mangelfull ettersom Diabetes mellitus type 1 og spiseforstyrrelser er en kompleks kombinasjon.</p>		
Konklusjon:	<p>For å oppnå best mulig behandling er relasjoner, sykepleiers kunnskap, kartlegging og behandlingsverktøy viktige faktorer. Autonomi, empati og individuell behandling vil bedre kommunikasjon. Tverrfaglig samarbeid og å jobbe erfaringsbasert og kunnskapsbasert vil minske sjansen for feilbehandling.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can a nurse meet young girls with type 1 diabetes mellitus, which controls body weight through insulin purging?		Date : 18.05.18
Participants/	Silje Bæra Marie Kleiven Martine Molstad		
Supervisor(s)	Siri Gunn Simonsen		
Keywords (3-5)	Diabetes mellitus type 1, insulin omission, knowledge, relation, mapping, treatment		
Number of pages/words: 43/9931	Number of appendix:	Availability: Open	
Introduction:	Diabetes mellitus type 1 is a disease that results in major changes in human life. It is estimated that around 28,000 people in Norway have this disease, and 300 children are being diagnosed every year. The disease is experienced as a stress factor that is linked to lifestyle and body, and brings with it vulnerability, insecurity and low self-esteem.		
Purpose:	The purpose of the literature study, is to find out how nurses can create good relationships and acquire knowledge, to contribute to optimal mapping and treatment off young girls with diabetes mellitus type 1, who under doses insulin.		
Method:	The assignment is a literature study. Search for scientific articles was made in the databases CINAHL, SweMed + and PubMed. The searches were made between February - April 2018, using these keywords; <i>Focused care, intervention, nurse, patient, relations, nursing support, hospital, hospitalization, self-determination, woman, diabetes mellitus type 1, diabetes, diabetes type 1, diabetes mellitus, weight loss, young woman, young adults, caring and disturbed eating.</i>		
Outcome:	Under dosing of insulin may lead to severe late complications. The findings show that proper mapping and treatment tools can make a big difference for the patient's experience and coping with the disease. The relation between patient and nurse are an important factor, were the patient's autonomy is at the centre of attention. The knowledge the nurse has for the patient group is often inadequate as Diabetes mellitus type 1 and eating disorders are a complex combination.		
Conclusion:	To achieve the best possible treatment, relationships, nurses' knowledge, mapping and treatment tools are important factors. Autonomy, empathy and individual treatment will improve communication. Interdisciplinary cooperation and working based experience and knowledge will reduce the chance of malpractice.		

Innhold

1. Innledning	5
2. Bakgrunn	7
2.1 Teori og rammeverk	7
2.1.1 Diabetes mellitus type 1	7
2.1.2 Underdosering av insulin	7
2.1.3 Senkomplikasjoner	8
2.1.4 Overgangen fra barn til voksen.....	9
2.1.5 Kunnskap.....	9
2.1.6 Empowerment og autonomi	9
2.1.7 Kognitiv atferdsterapi	10
2.1.8 Lovverk	10
2.2 Oppgavens hensikt	11
2.3 Problemstilling:.....	11
3 Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode.....	12
3.2 Fremgangsmåte og metodiske overveielser.....	12
3.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier	13
3.5 Søkedokumentasjon.....	14
4 Resultat	16
4.1 Analyse av artikler	16
4.2 Presentasjon av artikler.....	17
4.3 Forskningsetikk.....	25
4.4 Resultat av artiklene	25
4.4.1 Relasjoner og støttemetoder.....	25
4.4.2 Kunnskap.....	26
4.4.3 Kartlegging	27
4.4.4 Behandling	28
5 Drøfting	30
5.1 Relasjoner og støttemetoder	30
5.2 Kunnskap	32
5.3 Kartlegging.....	34
5.4 Behandling.....	35
6. Konklusjon	39
7. Litteraturliste	41

1. Innledning

I Norge er det beregnet at 28000 mennesker har diabetes mellitus type 1 og 300 barn blir diagnostisert med sykdommen hvert år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Heretter i oppgaven vil begrepet DM1 bli benyttet for diabetes mellitus type 1.

DM1 fører med seg endringer i menneskers liv som kan gi store utfordringer. Sykdommen krever et strengt behandlingsregime hvor et stabilt blodsukker er målet. For å oppnå dette er regelmessig insulintilførsel, fysisk aktivitet og riktig matinntak helt essensielt. DM1 kan oppleves som en stressfaktor kombinert med sårbarhet, usikkerhet, ubesvarte spørsmål og lav selvtillit (Grotdal, 2014)

I dagens samfunn har kroppspress fått status i dagligspråket og blir sett på som en stor helseutfordring. Fenomenet får mye oppmerksomhet i media, hos politikere og andre profilerte mennesker. Forskning viser at dette kan resultere i at unge mennesker bemerker seg begrepet og idealiserer seg med det «perfekte» som fører til panikk og bekymring (Engelsrud og Nordtug, 2016). Jaget etter den perfekte kropp kan føre til at unge jenter tyr til drastiske metoder for å oppnå skjønnhetsidealet. Det viser seg at diabetikere bruker den brutale metoden som går ut på å underdosere insulin for å gå ned i vekt (Grotdal, 2014).

I praksis på medisinsk avdeling møtte vi Ylva på 18 år. Hun var innlagt med mistanke om ketoacidose. Hun fortalte oss at hun hadde en partner. En partner hun måtte leve med resten av livet. Hun kalte det partneren sin, for det å ha DM1 innebærer at hun må tilpasse og legge livet til rette etter sykdommen. Ylva opplevde at partneren tok for mye plass og fokuset på sykdommen ble for stort. Hun uttrykte at familie, venner og helsepersonellet rundt henne kontrollerte hva hun spiste og hvor mye hun skulle spise. Hun følte at hun ikke ble sett som menneske bak sykdommen. Ylva sitt langtidsblodsukker hadde vært ustabil over lengre tid, men ingen fant årsaken til dette. På skolen ble Ylva mobbet for at hun var tykk, og bilder av “perfekte jenter” i sosiale medier fikk henne til å føle seg annerledes. Sakte men sikkert tok kommentarer og snakk rundt henne over tankene. Slik begynte hun å straffe seg selv med å spise når ingen så henne. Hun begynte å lese seg opp på internett på metoder for å gå ned i vekt med DM1. Ylva startet å redusere insulin dosene, som førte til at hun sakte men sikkert gikk ned i vekt. Insulinpumpen ble manipulert slik at det skulle se ut som hun fikk insulin.

Hvordan skal unge jenter som Ylva få hjelp til å bryte den onde sirkelen, når det finnes en så «enkel» metode som å redusere insulindosene for å gå ned i vekt?

2. Bakgrunn

I denne delen av litteraturstudien vil vi belyse relevant teori og rammeverk, deretter forklare hensikten med oppgaven og avslutte med en fremstilling av problemstillingen. Vi har valgt å hente teori fra Frostad et al. (2005), selv om vi ønsker teori av nyeste dato. Ved søk i norsk litteratur viser det seg at denne kilden blir vist til i flere nye oppslagsverk, til tross for at den er 13 år gammel.

2.1 Teori og rammeverk

I disse avsnittene vil teorien avgrensnes til hva som er relevant for drøftingen. For å forstå fagbegreper vil disse bli forklart fortløpende i teksten.

2.1.1 Diabetes mellitus type 1

DM1 er en autoimmun sykdom som oppstår når kroppens immunsystem ødelegger betacellene i de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen. Når dette skjer oppfatter immunsystemet disse cellene som fremmedlegemer og ødelegger dem. Resultatet av dette er at det produseres lite eller at produksjonen av insulin opphører. Uten insulin får ikke cellene i kroppen energi, noe som fører til at man trenger insulintilførsel via insulinpumpe eller manuelle injeksjoner (Knarvik, 2017). En insulinpumpe er et verktøy som skal etterligne den fysiologiske insulinsekresjonen, og er på størrelse med en liten mobil. Ampuller fylles med insulin som går via en subkutan kobling og gir en bestemt og programmert mengde tilførsel av insulin i kroppen. Ved behov for økt insulindosering kan dette lett justeres på pumpen (Bangstad, 2015)

2.1.2 Underdosering av insulin

Data fra det norske barnediabetesregisteret tyder på at underdosering av insulin forekommer hos omtrent 30% av norsk ungdom med DM1. Av disse er 25% jenter (Wisting 2013). Underdosering av insulin ses bare ved insulinbehandlet diabetes. Metoden går ut på at man går ned i vekt fordi man reduserer eller slutter å ta insulin. Resultatet av dette er hyperglykemi og en forhøyet HbA1c. Hyperglykemi er forhøyet konsentrasjon av sukker i blodet, >7 mmol/l, og HbA1c er en blodprøve som måler andelen av hemoglobin som har bundet til seg sukker. Prøven gir svar på hva det gjennomsnittlige blodsukkeret har vært de siste 6-8 ukene (Diabetesforbundet, 2015). Ved underdosering av insulin vil personen raskt merke vektreduksjon ettersom hyperglykemi fører til kvalme, redusert appetitt og økt urinproduksjon

som gir en vandrivende effekt ved at glukose skilles ut i urinen. Sannsynligheten for hypoglykemi reduseres, noe som resulterer i at pasienten kan unngå små hyppige og usunne måltider (Grotdal, 2014). Hypoglykemi er lav konsentrasjon av sukker i blodet, <3,9 mmol/l (Norsk legemiddelhåndbok, 2015).

Ved insulinmangel oppstår det forstyrrelser i metabolismen som fører til at personen kan oppleve en ketoacidose (Frostad et al., 2005). Ketoacidose er en tilstand som rammer personer med insulinavhengig DM1. Når blodsukkeret blir for høyt grunnet insulinmangel, skjer det store endringer i kroppens forbrenning. Økt og ufullstendig forbrenning av fettvev medfører opphopning av syre og ketoner. Om tilstanden ikke behandles kan det føre til koma og i verste konsekvens død (NHI, 2017). Diabetisk ketoacidose fører til ca 750 innleggelser årlig i Norge som over lengre tid kan føre alvorlige senkomplikasjoner (Grotdal, 2014).

Når personen begynner å tilføre kroppen insulin, etter perioder med forhøyet HbA1c vil sukkerinnholdet i blodet avta, kroppen vil ta opp næring og holde på væske. Rask vektøkning blir dermed en konsekvens som for mange med DM1 blir vanskelig å godta. Dette fører ofte til ny underdosering som fører til dehydrering og rask vektnedgang. Slik er personene inne i en ond sirkel. Det personene ofte er uvitende om er at overskuddsvæsken vil skilles ut hvis insulinbehandlingen opprettholdes over 1-3 uker og vekten vil dermed stabiliseres (Frostad et al., 2005).

I det norske helsevesenet brukes et offisielt diagnosesystem fra verdens helseorganisasjon som kalles ICD-10. Oppgaven fokusere på «underdosering av insulin» som ikke har en egen diagnosekode i ICD-10, men som klinisk fremstår som en egen spiseforstyrrelse og holdes adskilt fra de andre spiseforstyrrelsene (Institutt for spiseforstyrrelser, U.Å). Begrepet spiseforstyrrelser og underdosering av insulin vil videre bli brukt i oppgaven, da artiklene og andre fagkilder bruker begge begrepene.

2.1.3 Senkomplikasjoner

Senkomplikasjoner kan forekomme ved dårlig regulering av blodsukker over lengre tid. Da vil det dannes avleiringer og forsnevring i kroppens små blodårer som fører til nedsatt sirkulasjon og blodforsyningen til nervene reduseres. Organer som er spesielt utsatt er øyne, nyrer, føtter og hjerte- og kar problematikk. Eksempelvis kan nedsatt syn eller blindhet,

nyreskade, smerter i nerver, hjerte/kar problematikk og nedsatt følelse i ben og hender oppstå (NHI, 2016).

2.1.4 Overgangen fra barn til voksen

I nasjonal diabetesplan står at «overgangen fra oppfølging ved barneavdelinger til voksenavdelinger forutsetter større evne til egenomsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 23). Overgangen skjer i en periode av livet hvor mange av de unge pasientene ikke er modne verken mentalt, sosialt eller fysisk. Mangelfull evne til å se konsekvenser av handlinger og risikofølelse kan prege stadiet de befinner seg på. Å ta økt ansvar for egen behandling kan være vanskelig. Puberteten medfører også økt insulinbehov, noe som forsterker utfordringene i behandling av unge med DM1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

2.1.5 Kunnskap

Sykepleieres kunnskapsgrunnlag har stor verdi for troverdigheten på sykepleiefaget. Dette kjennetegnes ved at profesjonen har et bevisst forhold til hvorfor man gjør som man gjør i ulike situasjoner (Graverholt, Jamtvedt og Nordtvedt, 2015). Kunnskapsbasert praksis defineres slik: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Graverholt, Jamtvedt og Nordtvedt, 2015, s. 183). I tillegg til at kunnskapsbasert praksis brukes i møter mellom helsepersonell og pasienter, er kunnskapsbasert undervisning også sentralt. Dette innebærer at temaet det undervises i skal være underbygget av forskning og være basert på den beste tilgjengelige kunnskapen på området (Graverholt, Jamtvedt og Nordtvedt, 2015). Sykepleiere må holde seg oppdatert på kunnskap, forskning og utvikling innen eget fagområde og sørge for at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2016).

2.1.6 Empowerment og autonomi

Guitierrez definerer empowerment som; “A process of increasing interpersonal, or political power so that individuals can take action to improve their life situation” (Norvoll, 2015 s. 116). Empowerment blir brukt som en metode av profesjonelle for å gi pasientene makt til egen behandling (Norvoll, 2015). Autonomi underbygger det samme som empowerment og sier noe om at pasienten skal ha medvirkning i behandlingen og rett til informasjon om sin

diagnose og helsetilstand (Brinchmann, 2013). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleieren skal ivareta hver enkelt pasients verdighet og integritet, samt fremme retten til medbestemmelse, sørge for omsorgsfull og forsvarlig hjelp og å ikke krenke pasienten. Sykepleieren har et etisk, faglig og personlig ansvar for egne vurderinger og handlinger i utøvelse av sykepleie og må sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten (NSF, 2016).

2.1.7 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en helhetlig måte å tenke og forstå menneskets problemer på. (Norsk forening for kognitiv terapi, 2014). Det blir tatt utgangspunkt i det dynamiske samspillet mellom atferd, tanker og følelser. Disse faktorene har en gjensidig påvirkning som gjør at sykepleieren kan velge ulike innfallsvinkler for å prøve og endre det uønskede mønsteret til pasienten (Kriz og Solberg, 2017). Terapien handler om å hjelpe pasienter til å endre uhensiktsmessig atferd og tankemønstre slik at de kan mestre sine problemer. Hensikten er å gjøre situasjonen forståelig for pasienten, med å forklare hva som skjer og hvorfor for å etablere et godt samarbeid og bidra til at pasienten skal kunne være en aktiv problemløser og medarbeider i terapien. (Norsk forening for kognitiv terapi, 2014)

2.1.8 Lovverk

Her vil to sentrale lover bli presentert som er relevante i forhold til problemstilling og tema.

2.1.8.1 Helsepersonelloven

«Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven § 1, 1999). Helsepersonell skal følge krav til faglig forsvarlighet og gi omsorgsfull hjelp etter sine kvalifikasjoner. Videre er helsepersonell pliktig til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og de må henvise pasienter videre hvis dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999).

2.1.8.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Loven sier at pasienter har rett til å ta del i beslutninger og medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester som angår dem. Det vil si at pasienten skal ha rett til å medvirke ved valg av behandling, undersøkelser og behandlingsmetoder. Tjenester skal utformes i et

tett samarbeid mellom pasienten og helsepersonell. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å ha innsikt i egen helsesituasjon. Informasjon om bivirkninger og risiko ved sykdom og behandling hører også med. Informasjonen som gis skal være tilrettelagt og forståelig overfor den enkelte pasient (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.2 Oppgavens hensikt

Litteraturstudien skal undersøke faktorer som anvendes i møte mellom sykepleier og unge jenter med DM1 som underdoserer insulin og hvordan faktorene påvirker kartlegging og behandling. Temaet er valgt på grunnlag av at dette er en diagnose og en pasientgruppe sykepleiere vil møte innenfor flere deler i helse- og omsorgssektoren. Samtidig gir kombinasjonen underdosering av insulin og DM1 alvorlige konsekvenser for den som rammes.

2.3 Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier møte unge jenter med diabetes type 1, som kontrollerer kroppsvekt gjennom underdosering av insulin?

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven blir litteraturstudie benyttet som metode. I studiet er det tatt utgangspunkt i “Thematic analysis: a simplified approach” av Helen Aveyard. I følge Aveyard (2014) er en litteraturstudie en strukturert metode, som brukes til å tolke litteratur relatert til et konkret tema. Metoden avdekker kunnskapshull ved å utarbeide en problemstilling, gjøre systematiske søk og analysere relevant litteratur som omhandler temaet (Aveyard, 2014).

Denne litteraturstudien inneholder vitenskapelige artikler i form av kvalitativ og kvantitativ data. En kvalitativ datainnsamlingsmetode innhenter resultat via intervju der forskeren er i personlig kontakt med deltakeren. Hensikten med metoden er å utforske og få en forståelse av helheten rundt deltakerens situasjon som omhandler et konkret tema. På denne måten tilegner forskeren seg dybdekunnskaper. En kvantitativ metode består av data som kan tallfestes. Metoden involverer ofte mange deltakere som fører til at forskeren har lite personlig kontakt med deltakerne (Aveyard, 2014). Ved å utnytte begge disse metodene i litteraturstudiet oppnår man å innhente data med personlige opplevelser, meninger, følelser og data som kan tallfestes.

3.2 Fremgangsmåte og metodiske overveielser

Systematiske søk etter vitenskapelige artikler i databasene CINAHL, PubMed og SweMed+ ble gjort i tidsperioden februar til mai 2018. Manuelle søk er også benyttet i oppgaven. Aveyard (2014) beskriver manuelle søk som å se i referanselisten til andre relevante artikler eller søke opp forfattere av interesse. Gjennom strukturerte og manuelle søk ble det funnet artikler som passer til aktuell problemstilling.

Søkeord som ble brukt i databasene var “Focused care, intervention, nurse, patient, relations, nursing support, hospital, hospitalization, self determination, woman, diabetes mellitus type 1, diabetes, diabetes type 1, diabetes mellitus, weight loss, young woman, sykepleier, young adults, relasjoner, caring, disturbed eating”. Ved å kombinere søkeordene ga det et visst antall treff. Med bakgrunn i problemstillingen og elementene ønsket i oppgaven, ble det tatt utgangspunkt i overskriftene for hver artikkel. Dersom overskriften var relevant, ble abstraktet til artikkelen lest. 13 artikler ble ansett som relevant. I tillegg ble referanselister til aktuelt fagstoff brukt i oppgaven sjekket. Navn på mulig relevante forfattere ble søkt opp via

Google Scholar. Videre ble inklusjon- og eksklusjonskriterier anvendt og 8 artikler ble til slutt valgt ut.

3.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier identifiserer hva som ønskes å søkes etter i en litteraturstudie. Ved å bruke inklusjon- og eksklusjonskriterier som et hjelpemiddel kan man holde fokus på problemstillingen, og ekskludere unødvendige artikler (Aveyard, 2014).

Tabell 1:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Artikkel er publisert mellom 2008-2018- Omhandler land som har tilnærmet likt tilbud som Skandinavia- Kartlegging av spiseforstyrrelser hos pasienter med diabetes- Samarbeid mellom sykepleier og pasient- Behandling av spiseforstyrrelser hos pasienter med diabetes- Støttemetoder- Sykepleieres kunnskap om diabetes- Sykepleieres kunnskap om underdosering av insulin	<ul style="list-style-type: none">- Artikkelen er eldre enn 2008- Artikkelen omhandler land som ikke har tilnærmet likt helsetilbud som Skandinavia- Artikkelen tar for seg andre kroniske sykdommer enn diabetes- Artikkelen tar kun for seg medisinsk behandling

3.5 Søkedokumentasjon

Artiklene er nummerert i samme rekkefølge som presenteres i tabell 3.

Tabell 2:

Nummer	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Treff
1	<i>SveMed+</i>	1. Focused care 2. Intervention 3. Krysset av MeSH forslag: «nurse, pasient, relations» 4. Valgte artikler 5. Valgte artikler på engelsk	1 2 1 and 2 1 and 2 and 3 1 and 2 and 3 and 4 4 1 and 2 and 3 and 4 and 5	760 1304 31 6 5 2 Valgte artikkel nr 1
2	<i>SveMed+</i>	1. Nursing support 2. Hospital 3. Krysset av MeSH «nurse, pasient, relations» 4. Valgte artikler på engelsk 5. krysset av kategorien «hospitalization»	1 2 1 and 2 1 and 2 and 3 1 and 2 and 3 and 4 4 1 and 2 and 3 and 4 and 5	569 8532 68 8 8 2 Valgte artikkel nr 1
3	<i>PubMed</i>	1. Self determination 2. Diabetes type 1 3. Woman	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3	26965 72550 116 1042665 10 Valgte artikkel nr 3
4	<i>Cinahl</i>	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Weight loss 3. Young women	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3	19367 18773 103 5,960 2 Valgt artikkel nr 2

5	<i>SveMed+</i>	1. Diabetes 2. Sykepleier 3. Young adults	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3	2778 4445 37 2570 2 Valgt artikkel nr 1
6	<i>PubMed</i>	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Disturbed eating 3. Caring	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3	72224 726 43 62263 1

Manuelle søk:

7	https://forskning.no/2015/04/mange-unge-med-diabetes-har-spiseproblemer	Fant en artikkel om ungdommer med diabetes. I referanselisten på artikkelen var det linket til valgt artikkel.
8	Google Scholar	Søkte på GSD & Zoffmann og begrenset søkte til artikler publisert etter 2017.

4 Resultat

I dette avsnittet presenteres de åtte artiklens innhold og resultat. Disse artiklene vil først bli fremstilt skjematisk i en matrise. Matrisen inneholder oversikt over forfattere, tidsskrift, studiens hensikt, metode, resultat, relevans og kildekritikk. Deretter vil det komme en sammenfatning av resultatet fra hver artikkel under ulike tema.

4.1 Analyse av artikler

Aveyard (2014) sin *read and reread* teknikk ble tatt i bruk for å bli best mulig kjent med innholdet i artiklene. Aveyard (2014) sier at artiklene skal sammen utgjøre et svar på problemstillingen. Herunder inngår påvirkende faktorer som relasjoner, kunnskap, kartlegging og behandling av valg pasientgruppe. Alle artiklene var innenfor perioden 2008-2018.

Litteraturstudien består av seks kvalitative og to kvantitative vitenskapelige artikler. Disse inneholder forskning fra England, Danmark, Sverige, Finland, Irland og Norge. Det var ønskelig og finne artikler fra skandinaviske land for å få det tilnærmet likt Norge. Likevel er studier fra England og Irland inkludert, da resultat i disse artiklene kan videreføres til formålet med oppgaven. Videre ble det lagt vekt på om innholdet tok for seg elementer i problemstillingen. Dette innebar eksempelvis, relasjoner mellom pasient og sykepleier, og screeningverktøy brukt i kartlegging og behandling.

To av artiklene tar for seg en mulig behandlingsmetode for pasientgruppen, “guided self determination”. Begge artiklene er tatt med fordi den første undersøkelsen er gjort i 2013 og den andre i 2017 der resultatene motsier hverandre. I tillegg tar den første studien utgangspunkt i en jente, den andre har et større antall deltakere. Noen av de valgte artiklene inkluderer også menn og pårørende. Disse funnene er ikke presentert, da dette er irrelevant for problemstillingen i oppgaven.

4.2 Presentasjon av artikler

I tabellen under vises presentasjon av hver av artiklenes relevans og kritikk.

Tabell 3:

1	Referanse, land, år	Rosén, H., Persson, E., Persson, G.R. (2016) Challenges of patient-focused care: Nurses` descriptions and observations before and after intervention, <i>Nordic journal of nursing research</i> , 37(1), s. 27-32. doi: https://doi.org/10.1177/2057158516661461 Sverige, 2016
	Hensikt	Tok for seg pasientfokusert omsorg hvor målet er å gi et miljø hvor helsepersonell fokuserer på den enkelte pasientens behov.
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none">- Kvalitativ studie- 8 sykepleiere som jobbet på to ulike sykehus deltok- Observasjonsstudie med påfølgende intervju
	Resultat	Tre kategorier kom frem i analysen: <ul style="list-style-type: none">- Barriere for å være nær pasienten- Ønske om å være nær pasienten- Miljøets betydning for god omsorg
	Relevans	<ul style="list-style-type: none">- Av nyere dato (2016)- Tar for seg betydningen av gode relasjoner mellom sykepleier og pasient fra helsepersonellens side
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none">- Ingen vesentlig kritikk identifisert i artikkelen

2	Referanse, land, år	Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Kurki, Å.P. (2013) The method of nursing support in hospital and patients` and family members` experiences of the effectiveness of support, <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 28(2), s. 305-314. doi: https://doi.org/10.1111/scs.12060 Finland, 2013
	Hensikt	Tok for seg hvilke støttemetoder som brukes på sykehus og hvordan støtten påvirker pasient og pårørende.
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ - 11 sykepleiere, 9 pasienter og 7 pårørende deltok - Fra sykepleierne ble dataen samlet gjennom essays og gruppeintervjuer - Fra pasienter og pårørende ble dataen samlet individuelt og i gruppeintervjuer
	Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - Støttemetoder kom frem til emosjonell og informasjonsstøtte har best resultat i møte mellom pasient, pårørende og sykepleier
	Relevans	<ul style="list-style-type: none"> - Av nyere dato (2013) - Respondentene var både sykepleiere og pasienter
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> - Inkluderer pårørende

3	Referanse, land, år	Zoffmann, V., Prip, A., Christiansen, W.A. (2015) Dramatic change in a young woman`s perception of her diabetes and remarkable reduction in HbA1c after an individual course of guided self-determination, <i>BMJ case reports</i> . doi: 10.1136/bcr-2015-209906 Danmark, 2015
	Hensikt	Tok for seg programmet «guided self-determination» (GSD) som er problemløsningsprosesser hvor deltakerne lærer å integrere DM1 som en del av sitt liv, men samtidig se begrensninger som følger med sykdommen.
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ - 200 var med i GSD prosjektet. - Alder: 18-35 år - Deltakerne måtte ha en kjent DM1 diagnose - Studien fordyper seg i en jente på 24 år - Intervju
	Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienten lærte seg å håndtere DM1 på en bedre måte og integrerte DM1 som en del av sitt liv etter deltakelse i GSD prosjektet - Pasienten ble mer åpen om sin situasjon og diagnose - Bruk av autonomi viser seg å ha en positiv effekt på pasienter med DM1
	Relevans	<ul style="list-style-type: none"> - Av nyere dato (2015) - Et aktuelt behandlingsprogram
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> - Fordyper seg kun i en jente

4	Referanse, land, år	Balfe, M., Doyle, F., Smith, D., Sreenan, S., Conroy, R., Brugha, R. (2013) Dealing with the devil: weight loss concerns in young adult women with type 1 diabetes, <i>Journal of clinical nursing</i> , 22(13-14), s. 2030-2038. doi: https://doi.org/10.1111/jocn.12231 Irland, 2013
	Hensikt	Å undersøke bekymringer rundt vekt hos unge kvinner med DM1. Det er tatt utgangspunkt i kvinner både med og uten spiseforstyrrelser. Disse er sammenlignet med menn.
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ - 26 kvinner, 6 menn, 13 sykepleiere deltok - Alder: 23-30 - Deltakere rekruttert fra poliklinikk og gjennom annonser på Facebook - Alle deltakerne hadde DM1 - Intervju
	Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinnelige deltakere uten spiseforstyrrelser viste bekymringer for vekt, men ønsket ikke å gå ned i vekt på en skadelig måte - Kvinnelige deltakere med spiseforstyrrelser var bekymret for vekt og hadde brukt underdosering av insulin som metode - Menn viste ikke bekymringer for vekt
	Relevans	<ul style="list-style-type: none"> - Av nyere dato (2013) - Tanker og følelser om vekt fra pasientens perspektiv
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> - Ingen vesentlig kritikk identifisert i artikkelen

5	Referanse	Zoffmann, V., Kirkevold, M. (2009) Relationer og deres forandringspotentiale utviklet i vanskelig diabetesomsorg, <i>Klinisk sygepleje</i> , 23(02), s. 54-70. Tilgjengelig fra: https://tinyurl.com/yelo5ypb (Hentet: 27.04.2018). Danmark, 2009
	Hensikt	Å finne ut hvilken relasjon som skaper best samarbeid mellom pasienter med DM1 og spiseforstyrrelser og helsepersonell
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ studie - 8 sykepleiere fulgte behandlingen til 11 pasienter - Intervju med båndopptak ble gjort av pasientene og sykepleierne før, under og etter utskrivelse fra sykehus - Kriterier for deltakelse var at: - Pasientene skulle være over 18 år, hatt DM1 i minst ett år og dårlig regulert blodsukker (HbA1c >10 mmol/l). - Sykepleierne måtte ha minst ett års erfaring med DM1 pasienter
	Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - En relasjon i form av dominerende opptreden fra sykepleier var mest brukt, men fikk dårligst tilbakemeldinger fra pasienter - Relasjonen som fokuserte på pasientens egenbestemmelse fikk best resultat
	Relevans	<ul style="list-style-type: none"> - Av nyere dato (2009) - Hovedfokus på relasjoner
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> - Opplevelsen av selvbestemmelse kan være annerledes i Norge ettersom helsepersonell må følge norske retningslinjer

6	Referanse, land, år	Tierney, S., Deaton, D., Whitehead, J. (2008) Caring for people with type 1 diabetes mellitus engaging in disturbed eating or weight control: a qualitative study of practitioners' attitudes and practices, <i>Journal of clinical nursing</i> , 18, s. 384-390. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02434.x England, 2008
	Hensikt	Å undersøke helsepersonells holdninger og praksis i sykehus mot pasienter som har DM1 og viser tendenser til vektkontroll og spiseforstyrrelser
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ - 20 helsepersonell ble intervjuet fra fire forskjellige diabetesklinikker i Nord-England.
	Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere hadde mangel på kunnskap innenfor pasientgruppen DM1 og spiseforstyrrelser samtidig. Viktigheten av mer opplæring og kunnskap hos helsepersonell etterlyses.
	Relevans	<ul style="list-style-type: none"> - Av nyere dato (2008) - Har fokus på helsepersonell og deres synspunkter
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> - Uspesifisert aldersgruppe fordi artikkelen kun tar for seg helsepersonell sin side

7	Referanse, land, år	Wisting, L., Frøisland, D.H., Skrivarhaug, T., Jørgensen, D.K., Rø, Ø. (2013) Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment, <i>Diabetes care</i> , 36(11), s. 3382-3387. doi: https://doi.org/10.2337/dc13-0431 Norge, 2013
	Hensikt	Studien undersøkte egenskapene av et screeningverktøy – «diabetes eating survey- revised» for å identifisere unge pasienter med DM1, som er i fare for å utvikle spiseforstyrrelse knyttet til underdosering av insulin.
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativ tverrsnittsundersøkelse - 1186 personer ble invitert - 770 barn og ungdom deltok i undersøkelsen, av disse var 385 jenter - Alder: 11-19 år - Deltakere tatt fra det norske barnediabetesregisteret - Spørreskjema distribuert til deltagerne til planlagte avtaler på poliklinikk
	Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - 107 av 385 kvinner rapporterte å redusere eller droppe å ta insulin - Forskjeller i underdosering på tvers av alder, vekt og kjønn
	Relevans	<ul style="list-style-type: none"> - Av nyere dato (2013) - Første godkjente kartleggingsverktøy i Norge - Relevant metode for kartlegging som sykepleiere burde ha kjennskap til
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> - Vanskelig å sammenligne med andre studier grunnet ulike vurderingsmetoder og definisjon av spiseforstyrrelser. - Totalt 1186 inviterte, 770 fullførte undersøkelsen - Menn er inkludert i undersøkelsen.

8	Referanse, land, år	Mohn, J., Graue, M., Assmus, J., Zoffmann, V., Thordarson, H., Peyrot, M., Rokne, B. (2017) The effect of guided self-management in persons with type 1 diabetes mellitus and HbA1c >64 mmol/mol: a group-based randomised controlled trial, <i>BMJ open</i> , 7(6). doi: 10.1136 / bmjopen-2016-013295 Norge, 2017
	Hensikt	«Guided self determination» (GSD) er en teoribasert problemløsningsmetode basert på livsferdigheter og atferdsendring. Undersøker om GSD er en behandlingsform som kan gi forbedringer i HbA1c og psykososiale faktorer.
	Metode, utvalg, datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativ - 476 personer ble invitert til studiet - Deltakerne ble invitert til å delta på konsultasjon via brev. - 178 deltakere ble med i studien - Alder: 18-55 år - Pedagogisk gruppebehandling - Møttes 2 timer, 7 ganger i løpet av 14 uker
	Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - 95% av deltakerne som fullførte GSD-programmet hadde ikke en forbedret HbA1c - GSD viste forbedring i psykologiske faktorer som autonomi, motivasjon, mindre stress relatert til sykdommen og forbedret selvtillit.
	Relevans	<ul style="list-style-type: none"> - Av nyere dato (2017) - Tar for seg samme behandlingsprogram som en annen valgt artikkel (Zoffmann, Prip & Christiansen) men har flere deltakere
	Kildekritikk	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomsnittsalder 34 år - Noe lav prosentandel på deltakere som deltok i studien (37,4%)

4.3 Forskningsetikk

«Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater» (Dalland, 2012, s. 94).

Innenfor medisinsk forskning handler etikken om at deltakerne ikke skal bli påført unødvendige skader eller belastninger (Dalland, 2012). I de utvalgte artiklene deltok deltakerne frivillig, videre ble de informert om studiens hensikt og mulige risikoer ved å delta (Slettebø, 2013). Deltakerne hadde mulighet til å trekke seg underveis i studien. Alle deltakerne ble anonymisert for å ivareta taushetsplikten og deltakernes integritet (Polit og Beck, 2013). Noen av studiene hadde skriftlig samtykke (Polit og Beck, 2013).

4.4 Resultat av artiklene

I denne delen vil hovedresultatene fra de åtte vitenskapelige artiklene presenteres. Resultatet vil belyse fire hovedtemaer. Disse vil utfylle hverandre slik at det kan brukes videre i diskusjon og for å svare på vår problemstilling.

4.4.1 Relasjoner og støttemetoder

I dette avsnittet blir resultatet fra fire av artiklene lagt frem. Artiklene omhandler relasjonsmetoder og støttemetoder (Persson, Persson og Rosén, 2016, Mattila, 2013, Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015, Zoffmann og Kirkevold, 2009).

Persson, Persson og Rosén (2016) sin studie om pasientfokusert omsorg, viser til viktige faktorer i behandling. Sykepleiere hadde et ønske om å være nær pasienten, og ble bevisst på metoder å tilnærme seg pasientene på. Dette gjorde de ved at sykepleiere ble kjent med pasienten som personen bak sykdommen. Når fokuset ble rettet mot hver enkelt pasient ble sykepleierne i studien tryggere på utførelsen av sine oppgaver.

Mattila et al. (2013) Tok for seg støttemetoder som brukes på sykehus. Emosjonell støtte var viktig for pasienter under sykehusopphold fordi det skapte gjensidig tillit. Den vanligste metoden brukt av sykepleiere var informasjonsstøtte. Denne omfattet informasjon og rådgivning basert på pasientens individuelle situasjon.

Zoffmann og Kirkevold (2009) tok for seg tre ulike relasjonsmetoder som kunne brukes i møte mellom sykepleier og pasient. Den dominante relasjonen gikk ut på at sykepleiere ikke stilte nok spørsmål til pasientene fordi de allerede visste svaret. Pasientene fikk følelsen av at avgjørelsene som ble tatt var basert på faste regler fremfor å fokusere på pasientenes behov. Uenighet mellom pasient og sykepleier kom sjeldent frem fordi det ikke var rom for å diskutere behandling. Sykepleier tok ansvaret og fant løsninger alene og det ble forventet at pasientene skulle følge sykepleiers råd. Denne fremgangsmåten var mest brukt og var den som fikk mest negativ tilbakemelding fra pasientene.

Den andre relasjonen var den empatiske, hvor sykepleiere skulle relatere seg til det pasienten gikk gjennom. Fokuset falt for mye på samtale med pasient som førte til at sykepleieren ble emosjonelt involvert og mistet fokus på det medisinske bak behandlingen. Årsaken til pasientens problem ble glemt og grensen mellom pasient og sykepleier forsvant. Derfor ble ikke denne relasjonen tatt godt imot av pasientene på lang sikt (Zoffmann og Kirkevold, 2009).

Den gjensidige var den tredje relasjonen. Selv om skillet mellom sykepleier og pasient fortsatt var der, viste det positive resultater ved å bruke sykepleiers autoritet og kunnskap, sammen med pasientens egne ønsker. Ved uenigheter ble det diskutert mellom sykepleier og pasient på en gjensidig måte. Til slutt ble endelige avgjørelser tatt av pasienten med sykepleieren som en støtte. Relasjonen som jobbet mot egenbestemmelse og ønsker fra pasienten var den som fikk best resultat (Zoffmann og Kirkevold, 2009).

Zoffmann, Prip og Christiansen (2015) konstaterte et viktig funn om autonomi som viser at bedret HbA1c forekommer når pasienten får være delaktig i behandlingsforløpet.

4.4.2 Kunnskap

I denne delen fremlegges resultatet fra to artikler som omhandler kunnskaper hos sykepleier og pasient (Tierney, Deaton og Whitehead, 2008, Balfe et al., 2013).

Tierney, Deaton og Whitehead (2008) undersøkte hvilke utfordringer helsepersonell står ovenfor i møte med pasienter som har DM1 og spiseforstyrrelser. Studien viste at helsepersonell har for lite kunnskap og erfaring om DM1 kombinert med spiseforstyrrelser, da dette er en komplisert og sammensatt lidelse. Helsepersonell som ble intervjuet fortalte at de

ga all informasjonen de hadde til pasientene, men hadde bekymringer for at det ikke var nok til å unngå underdosering av insulin. Helsepersonellet hadde vanskeligheter med å få pasientene til å innse konsekvenser av sykdommen i form av senkomplikasjoner. Pasientene unnlot å fortelle helsepersonell om sine problemer knyttet til sin kroniske sykdom, de fant på unnskyldninger for dårlig blodsukkerkontroll og skjulte erfaringer om ketoacidose og dårlig livsstil. Helsepersonellet mente at fokuset på hva pasientene skulle spise og ikke kunne spise var for stort, og at dette dermed kunne være en årsak til at det oppstod spiseforstyrrelser. En annen årsak var presset på å være tynn i samfunnet. Helsepersonell beskrev at de hadde behov for mer opplæring på håndtering av pasientgruppen, og at det å jobbe tverrfaglig som et team var viktig for å hjelpe pasientene (Tierney, Deaton og Whitehead, 2008).

Balfe et al. (2013) kom frem til at unge kvinner med DM1 kan bli feildiagnostisert fordi de ikke oppfyller kriteriene for spiseforstyrrelser. Resultatet viste at pasientene var motvillige til å åpne seg og snakke om sine tanker og problemer. Sykepleierne hadde utfordringer med å oppmuntre pasientene til å snakke, og var usikre på hvordan de skulle håndtere situasjonene som oppstod. Sykepleierne hadde lettere for å hjelpe pasienter som var åpne om sine problemer, og det viste seg at pasienter som ikke åpnet seg hadde lettere for å bli udiagnostisert. Deltakerne med spiseforstyrrelser hadde over tid enten redusert dosen eller droppet insulin helt ved noen anledninger (Balfe et al., 2013).

4.4.3 Kartlegging

I dette avsnittet fremlegges resultatet fra tre artikler. En av artiklene tar for seg hvilke faktorer som burde ligge til grunn for å etablere en god kartleggingsprosess. Videre vil en av artiklene se på hvilke faktorer som er utløsende for underdosering av insulin. Den siste artikkelen legger frem et screeningverktøy (Persson, Persson og Rosén, 2016, Wisting et al., 2013, Balfe et al., 2013).

Persson, Persson og Rosén (2016) understreker at mangel på tid var en barriere for å være nær pasientene. Sykepleierne uttrykte frustrasjon da de ikke kunne finne tid til å snakke eller lytte til pasienter, da dette kunne bidra til å lindre pasientens smerte og angst. Observasjonene viste at arbeidsdagen bestod av mange oppgaver som dokumentasjon, medisinske oppgaver eller administrativt arbeid. Sykepleierne bar på en følelse av misnøye fordi de fant det vanskelig å konsentrere seg om pasientens behov. Før innføringen av pasientfokuset omsorg var det lite

kommunikasjon mellom pasient og sykepleier og resultatet viser at miljøet hadde stor betydning for å kunne gi god omsorg. Dette ble vist da pasientene fikk enkeltrum fremfor flermannsrom som de hadde opplevd tidligere (Persson, Persson og Rosén, 2016).

Ved å benytte seg av screeningverktøyet DEPS-R fant Wisting et al. (2013) ut at deltakerne hadde en gjennomsnittlig HbA1c på 8,5 %. 107 av 385 kvinner scoret over kriteriene for spiseforstyrrelser. 36,8 % rapporterte å redusere insulindosen. Det ble observert at forskjellene oppstod på tvers av alder, vekt og kjønnsspesifikke forskjeller. For de yngste mellom 10-13 år var kun 10 % innenfor referanseområdet for spiseforstyrrelser ved underdosering av insulin. Blant kvinner økte forekomsten drastisk hos 14-17 åringer til 33%. Videre hos 17-19 åringer til nesten 50 %. 9 % av undervektskategorien, 23 % av normalvektige, 42 % av overvektige og 53% for de ekstremt overvektige scoret innenfor referanseområdene for spiseforstyrrelser. Det ble observert at noen av deltakerne ikke gikk aktivt inn for å kontrollere vekten med underdosering. Dette kom frem hos deltakerne som engasjerte seg i insulinbehandlingen uten å ha en optimal HbA1c (Wisting et al., 2013).

Balfe et al. (2013) Kom frem til årsaker for hvorfor pasienter valgte å underdosere insulin. For noen var dette en bevisst handling, mens andre brukte metoden tilfeldig.

4.4.4 Behandling

Her vil resultater fra fire artikler belyses. Tre av artiklene inneholdt mulige behandlingsmetode, mens siste artikkelen omhandlet hva som var viktig under sykehusbehandling (Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015, Mohn et al., 2017, Tierney, Deaton og Whitehead, 2008 og Mattila et al., 2013).

Zoffmann, Prip og Christiansen (2015) brukte behandlingsprogrammet guided self-determination (GSD) som startet med at deltakere skrev et refleksjonsark. Pasientene uttrykte at de fokuserte på tall og verdier, i stedet for å fokusere på sitt eget liv med DM1. Programmet viste flere fordeler i form av bedre HbA1c, motivasjon og deltagelse i behandling. Deltakerne beskrev at situasjonen tidligere hadde vært en evig spiral med negative tanker og dårlig regulering av blodsukkeret som de ikke visste hvordan de skulle håndtere. Isolasjon ble nevnt som et stort problem før programmet og at situasjonen var tabubelagt å dele med venner og familie (Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015).

Mohn et al. (2017) har kommet med nyere forskning om utprøving av GSD. Resultatene i studien viste at GSD ikke kan forbedre medisinske utfall som lavere HbA1c. Fra start til slutt av programmet viste det seg at deltakerne ikke hadde mer kompetanse om DM1 eller kunnskap om hvordan de skulle håndtere diabetesbehandlingen i hverdagen. Deltakerne oppfattet ikke helsepersonell som mer støttende etter gjennomført program. Deltakerne viste motivasjon for endring, de hadde et mindre anstrengt forhold til mat, høyere selvtillit og mindre plager av diabetesbehandlingen etter å ha fullført programmet. I tillegg oppnådde de en delvis forbedret evne til å håndtere stress (Mohn et al., 2017).

Mattila et al. (2013) kom frem til at kontinuitet etter sykehusbehandling var viktig. Støtten avgjorde kvaliteten på behandlingsforholdet. Dette hadde mye å si for hvordan pasientens fremtidige orientering skulle være og hvordan de skulle lære seg å leve med sykdommen.

En tilnærming som GSD kan gi store forandringer i unge kvinner oppfatning av deres diabetes. Studien viser at pasientene vil oppnå en bedre HbA1c, økt kompetanse for behandling av DM1 og færre diabetesrelaterte problemer. Zoffmann, Prip og Christiansen (2015) viste at metoden fungerte for personer med DM1. Pasientene fikk forbedret HbA1c og kompetanse om DM1 i eget liv. Senere studier med GSD i Mohn et al. (2017) viste seg å ikke være effektiv på HbA1c blant unge voksne. Likevel viser resultatene seg positive i reduksjon av diabetesrelaterte problemer som mangel på motivasjon og forbedret kompetanse på egen sykdom hos unge kvinner. GSD har potensial for forbedring av HbA1c og økt selvbestemmelse (Mohn et al., 2017).

5 Drøfting

Diabetes type 1 og underdosering av insulin: hvilke faktorer må sykepleier ta hensyn til i møte med unge jenter som legges inn på medisinsk avdeling med ketoacidose?

5.1 Relasjoner og støttemetoder

I barndommen har de fleste av oss opplevd å bli invadert, misforstått, eller avvist. Hendelser som dette fører til økt beredskap når det kommer til å bli tatt kontroll over eller å bli bestemt over. For noen kan dette oppleves som en stor belastning i diabetesbehandling. Når helsepersonell møter en person med DM1 er det avgjørende for behandlingsresultatet at det etableres en relasjon som gir en opplevelse av å bli møtt, anerkjent og respektert for den man er. Terapeutiske metoder har vist seg å være nødvendig for å skape best mulig allianse mellom pasient og helsepersonell (Frostad et al., 2005).

European diabetes policy group har dokumentert bedring i behandling når empowerment og autonomi tas i bruk (Zoffmann og Kirkevold, 2009). Høie (2016) beskriver viktigheten av at helsepersonell har kunnskap om brukermedvirkning, empowerment og autonomi, og mener at brukermedvirkning skal være en selvfølge i helsetjenesten. Likevel viser resultater at pasientene uttrykker at dette sjeldent anvendes i praksis (Zoffmann og Kirkevold, 2009). Dette er i strid med pasient-og brukerrettighetsloven som sier at pasientene har rett til å ta del i beslutninger og medvirke ved gjennomføring av tjenester som angår dem (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Hvorfor er dette fortsatt et problem?

Mangel på kunnskap om bruk av empowerment kan føre til at en dominant relasjon oppstår. Zoffmann og Kirkevold (2009) beskriver metoder å gå frem på, i møte med pasienter. Den mest brukte relasjonsmetoden er den dominante. Her tar sykepleier beslutninger uten å inkludere pasienten, som fører til at pasienten mister sin rett til medbestemmelse. Når pasientene ikke får ta del i beslutninger som angår dem vil dette påvirke integriteten, sårbarheten og evnen til å ta autonome beslutninger (Zoffmann og Kirkevold, 2009). Selv om denne metoden kan være tidsbesparende, er det viktig å huske på at loven sier at tjenester skal utformes i tett samarbeid mellom helsepersonell og pasient (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Metoden viser seg å bli dårlig mottatt av pasienter (Zoffmann og Kirkevold, 2009). En annen relasjonsmetode beskrevet av Zoffmann og Kirkevold (2016) er den empatiske. Sykepleieren blir for emosjonelt involvert i pasienten, noe som fører til at sykepleieren mister

sin profesjonelle funksjon. På en annen side mener Brinchmann (2013) at empati er av uvurderlig betydning i møte med pasienter i sårbare situasjoner. Ved å være følelsesmessig åpen som helsepersonell, kan man lettere skjønne hva pasienten trenger hjelp til og hvordan pasienten opplever situasjoner rundt sin sykdom. Gode relasjoner og kommunikasjon oppstår når sykepleier og pasient deler kunnskaper og erfaringer (Brinchmann, 2013). Persson, Persson og Rosén (2016) kom frem til at sykepleiere har et ønske om å være nær pasienten. For å skape et omsorgsfullt forhold til pasientene, må sykepleiere være bevisst på viktigheten av å bli kjent med pasienten som person og ikke bare fokusere sykdommen. Gjennomføring av pasientfokusert omsorg i behandlingen vil gi økt selvtillit og trygghet til sykepleiere. Sett fra pasientens perspektiv vil dette gi en bedre opplevelse av behandlingen. Samtidig må sykepleier være klar over grensen mellom å være profesjonell og personlig, slik at sykepleieren er i stand til å anvende sin fagkunnskap (Sneltvedt, 2013). Et for tett personlig bånd mellom sykepleier og pasient kan gi negative konsekvenser for pasienten, ved at det blir for lite fokus på medisinsk behandling (Zoffmann og Kirkevold, 2016). Hvordan kan man da finne en balanse mellom for mye og for lite nærhet til pasienten?

Den gjensidige relasjonsmetoden presentert av Zoffmann og Kirkevold (2009), kan være et svar på dette. Metoden går ut på å bruke sykepleiers autoritet og kunnskap sammen med pasientens egne ønsker. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta egne beslutninger (NSF, 2016). Det er dokumentert bedring i behandling når autonomi og empowerment implementeres. Opplevelsen av kontroll vil være til stede hos pasienten når de blir inkludert i egen behandling med sykepleier som en rådgiver og støttespiller. (Zoffmann og Kirkevold, 2009). Zoffmann, Prip og Christiansen (2015) mener at dette resulterer i en bedre HbA1c. Samtidig må sykepleieren ha nødvendig kunnskap om pasientens situasjon, og forsikre seg om at pasienten er kompetent til å ta egne beslutninger om sin behandling (Brinchmann, 2013). Frostad et al (2005) forsterker dette med at unge med DM1 ønsker å ha hovedansvaret for sin insulinbehandling som angår deres liv. Sykepleieren må være klar over at dette kan være krevende og vanskelig å vurdere for unge med DM1. Konsekvensen av dette blir at pasientene velger en av to uheldige løsninger; underdosere insulin som fører til fare for senkomplikasjoner eller å justere ned karbohydrater som vil gi nedsatt energinivå. Dette kan bli en løsningsstrategi som følger ungdommene (Frostad et al., 2005).

Sykepleiere er en viktig kilde til støtte for pasienter under sykehusinnleggelse. Emosjonell støtte omhandler elementer som omsorg, empati, respekt og verdighet. Metoden skaper gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient, ved at pasienten blir sett, hørt og forstått. Gjennom metoden opplever pasientene at sykepleierne legger grunnlag for et omsorgsfullt forhold og de får en individuell tilnærming til sykepleieren (Mattila et al. 2013).

Brinchmann (2013) sier at selv om pasienter skal ha bestemmelse i egen behandling kan pasienten oppleve usikkerhet og vegring for å ta egne beslutninger. Sykepleiere skal i den forbindelse forsikre seg om at informasjonen som blir gitt er forstått (NSF, 2016). Det er viktig at sykepleier kommer med tiltak for å inkludere pasienten i beslutninger. Her kan informasjonsstøtten undersøkt av Mattila et al. (2013) være en mulighet. Dette innebærer at sykepleiere stiller og besvarer direkte spørsmål til pasienten. Informasjon må gis muntlig og skriftlig i form av brosjyrer og praktiske prosedyrer med veiledning av sykepleier. Ved å gi informasjon og rådgivning til pasienten på individnivå skapes følelse av mestring og håndtering. Herfra kan man finne hvilken metode som passer best å informere pasienten på (Mattila et al., 2013). Ved å belyse positive og negative sider fra ulike vinkler, vil pasienten bli mer forberedt på situasjoner knyttet til sykdommen, som vil skape håp for videre behandling (Brinchmann, 2013, Mattila et al. 2013).

Forskning fra studiene viser at det må være et skille mellom å være dominerende og det å være for emosjonelt knyttet til pasienten. Sykepleiere burde derfor ha et økt fokus på å finne en god balanse mellom disse faktorene. Dette gjelder selv om sykepleieren i enkelte tilfeller sitter på mer kunnskap enn pasienten (Brinchmann, 2013). Den gjensidige relasjonsmetoden var den minst brukte, men viste seg å gi best resultat. En god relasjon er viktig for å lykkes med behandling (Zoffmann og Kirkevold, 2009). Hvis man ikke klarer å etablere en god relasjon så hjelper det ikke med et skreddersydd behandlingsopplegg (Frostad et al., 2005).

5.2 Kunnskap

Mangel på kunnskap hos helsepersonell kan føre til at pasienter med kombinasjonen DM1 og spiseforstyrrelser blir feildiagnostisert fordi de ikke oppfyller kriteriene for spiseforstyrrelser. Som en konsekvens kan pasientene få feil behandling (Balfe et al., 2013). Når helsepersonell er usikker på sin faglige kompetanse viser det seg at de trekker seg unna pasientene istedenfor å håndtere situasjonen (Balfe et al., 2013). Loven sier at helsepersonell skal følge krav til

faglig forsvarlighet og gi omsorgsfull hjelp etter sine faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999).

Unge jenter som underdoserer insulin for å gå ned i vekt bruker ikke alltid metoden bevisst, men handlingen drives av manglende kunnskaper om konsekvenser som kan oppstå (Balfe et al., 2013). Mer kunnskap om egen sykdom vil gi bedre forutsetning for egenbehandling og mestringsevne. For å dekke kunnskapshull kan et tiltak være å utarbeide kortfattede sammenfatninger som omhandler kunnskap på et bestemt tema som er lett tilgjengelig for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Tierney, Deaton og Whitehead (2008) beskriver viktigheten av at helsepersonell «leser mellom linjene» hos pasienter for å forstå helheten i hver enkelt pasient sin situasjon. Det viser seg spesielt, at unge jenter er motvillige til å åpne seg og snakke om sine tanker og følelser rundt sin sykdom (Balfe et al., 2009). Pasienter med DM1 og spiseforstyrrelser finner på unnskyldninger overfor helsepersonell når det kommer til hvorfor de har uregelmessig blodsukker og unormale spisevaner. Pasienter skjuler erfaringer og kunnskap de har om når ketoacidose kan oppstå. Dette fører til at helsepersonell møter på utfordringer for å hjelpe pasientene. Samtidig har pasienter vanskeligheter med å se realiteten i senkomplikasjoner, da dette ikke skjer akutt men oppstår over tid. På grunnlag av dette er det helt essensielt at helsepersonell har kunnskap og erfaring som kan bidra til å identifisere og behandle pasienter før sykdommen får for store konsekvenser i form av senkomplikasjoner (Tierney, Deaton og Whitehead, 2008).

Pasienter opplever å bli sendt fra en fagperson til en annen, og behandlingen blir derfor stykkevis og delt (Høie, 2016). Både Høie (2016) og Tierney, Deaton og Whitehead (2008) konstaterer behovet for et team tilpasset pasientens sykdom. I behandling av pasienter med DM1 og spiseforstyrrelser er det nødvendig at leger, psykolog, sykepleiere og klinisk ernæringsfysiolog samarbeider om å hjelpe pasienten på best mulig måte. Sammen har profesjonene kunnskap om DM1 og spiseforstyrrelser og de kan dermed legge til rette for individuelle behov og tilgjengelig kompetanse kan inngå i et samlet tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren skal jobbe kunnskapsbasert og bidra til at pasientene skal ta selvstendige avgjørelser ved å gi nødvendig og tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016). Holter (2015) mener at «Anvendelsen av kunnskapen som ligger til grunn for sykepleieutøvelsen er avgjørende for

hvordan pasienter og pårørende erfarer kvaliteten på tjenesten og for det helsemessige utfallet av pasientbehandlingen» (Holter, 2015, s. 114). Til tross for dette skriver Tierney, Deaton og Whitehead (2008) at helsepersonell opplever å ha for lite kunnskap knyttet til pasienter med DM1 og spiseforstyrrelser. Det etterlyses mer opplæring til sykepleiere og helsepersonell som skal jobbe med denne pasientgruppen. For at sykepleiere skal få jevnlig kursing og kompetanse kreves det at det blir tilrettelagt undervisning som er lite tidkrevende og som mange kan delta på (Tunstrøm, 2017). Her kommer helsedirektoratet inn med tiltak for å få flere sykepleiere til og jobbe kunnskapsbasert ved at de har utarbeidet ulike veiledningskurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Titusenvis av nye studier innen helsefaglig og medisinsk forskning publiseres hvert år. Spørsmålet er derfor om det er mulig å holde seg oppdatert på forskning i en travel klinisk hverdag. Problemstillingen er aktuell for helsepersonell og er en grunn til at kunnskapsbasert forskning har vokst frem. Likevel viser det seg at dette er viktig å prioritere, på tross av en travel hverdag. Dette fordi det viser seg at å jobbe kunnskapsbasert og bruke kunnskapsbasert undervisning kan gjøre at sykepleierne opparbeider seg kunnskap og erfaring som sikrer riktig kartlegging og god behandling (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015).

5.3 Kartlegging

Mangel på tid beskrives som en barriere for å være nær pasienten, samtidig som dette fører til frustrasjon blant sykepleiere siden de er klar over at deres evne til å lindre pasientens smerte og angst gjøres ved å være til stede (Rosèn, Persson og Persson, 2016). Ansettelse av en dagkoordinerende sykepleier kan være et alternativ. Slik vil noen av de administrative oppgavene til sykepleierne falle bort, som vil gi bedre tid til å fokusere på direkte pasientkontakt. Administrative oppgaver tar mye av tiden gjennom en arbeidsdag. Det viser seg at det er lettere og gjøre administrative oppgaver fremfor å gå inn til pasienten uten konkrete oppgaver, da dette føles unaturlig (Rosèn, Persson, Persson, 2016).

Innføring av enkeltrom på sykehus har vist seg positivt ved at det er lettere og føre samtaler om problemer når det ikke er andre pasienter tilstede. Samtidig er dette mer tidkrevende for sykepleierne da de har flere rom å ta ansvar for, og kapasiteten minskes ved at enkeltrom opptar mer plass (Rosèn, Persson, Persson, 2016).

Screeningprogrammet DEPS-R kan være et viktig verktøy i kartleggingsprosessen. Verktøyet er effektivt ved at det spesifikt kartlegger underdosering av insulin og forstyrret spiseoppførsel. Samtidig er programmet lite tidkrevende. Ulempen er at verktøyet ikke greier å identifisere hva som ligger til grunn for underdoseringen (Wisting et al., 2013). Det trenger nødvendigvis ikke å være en bevisst handling for å gå ned i vekt, men kan komme av andre grunner som frykt for hypoglykemi, smerter ved insulinsetting eller forstyrrelser fra dagligdagse aktiviteter. Noen bruker metoden tilfeldig, andre grunnet påvirkning fra media og venner. Oppførselen blir etterhvert en positiv opplevelse uten merkbare bivirkninger, samt en følelse av kontroll og mestring (Balfe et al., 2013). For å løse denne problemstillingen kan det være ideelt å supplere med en oppfølgingssamtale som stiller spørsmål om hypo- og hyperglykemi, insulin, fysisk aktivitet og kosthold. I tilfeller der pasientene legger frem at de har problemer i forhold til mat og insulinsetting må man som sykepleier undersøke dette nærmere ved å finne ut hvilke forhold personen har til kropp, selvbilde og kroppsvekt. Ved å tilnærme seg pasienten på en forsiktig og respektfull måte kan man få en indikasjon på om pasienten har en spiseforstyrrelse eller om hun er i ferd med å utvikle en (Frostad et al., 2005).

Dersom årsaken til hvorfor spiseforstyrrelser og DM1 oppstår hadde vært kjent, kunne det gitt verdifulle redskaper for å kartlegge og forebygge problematikken. Man vet lite om det er selve sykdommen som disponerer for spiseforstyrrelsen eller om det er insulinbehandlingen (Frostad et al., 2005). Selv om grunnlaget for underdosering ikke har et fasitsvar kan det være ideelt å undersøke i en kartleggingsprosess, om det er en bevisst eller ubevisst handling for å kartlegge videre behandlingsmetode (Frostad et al., 2005).

5.4 Behandling

Fra tidligere studier er det anerkjent at det er vanskelig å behandle den komplekse situasjonen underdosering av insulin og DM1 (Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015). De fleste komplikasjonene knyttet til DM1 og spiseforstyrrelser opptrer ikke akutt, men over lengre tid. Pasienter har derfor vanskeligheter med å følge en presis medisinsk behandling (Tierney, Deaton og Whitehead, 2009).

Zoffmann, Prip og Christiansen (2015) og Mohn et al. (2017) viser til en aktuell behandlingsmetode; guided self determination (GSD). Metoden ønsker å øke pasientens livsferdigheter og å få pasienten til å integrere DM1 som en del av sitt liv, samtidig som de

skal greie å akseptere begrensninger rundt sin sykdom. Gjennom GSD får pasienten snakke med sykepleiere og annet helsepersonell om deres innerste tanker, som de kanskje aldri hadde nevnt høyt til noen. Dette kan resultere i at pasientene lettere klarer å åpne seg for venner og familie og få støtte fra disse partene. Slik blir det lettere å håndtere og godta sykdommen (Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015).

Zoffmann, Prip og Christiansen (2015) mener at å benytte seg av refleksjonsark tidlig i GSD programmet kan være med å bryte en isolasjonssyklus og gi en felles forståelse av pasientens situasjon. Dette kan være en god start fordi 50 % av underdoseringen av insulin er relatert til psykiske hendelser (NSF, 2015). Refleksjonsarket kan brukes som et utgangspunkt for samtale, der pasienten blir oppfordret til å reflektere over problemområder knyttet til deres liv med DM1. Målet er å oppnå motivasjon for livsstilsendringer og økt selvinnsett (Mohn et al., 2017). Metoden vil føre til en mer effektiv dialog mellom pasient og sykepleier fordi sykepleieren kan fokusere på det som pasienten selv mener er viktig. Dette gir i tillegg økt refleksjonsevne både hos sykepleier og pasient og oppleves meningsfylt samt forbedrer evne til å snakke om vanskelige temaer. Pasienten blir også mer villig til å delta i behandling enn tidligere (Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015).

Mohn et al. (2017) understreker flere fordeler med GSD. For det første blir pasientens engasjement og personsentrert omsorg høyt verdsatt i behandlingen. For det andre er GSD et av få tiltak som helsepersonell kan bruke i behandlingen og opplæringen av programmet er lite tidkrevende. Pasienten har en primær rolle i programmet hvor de har muligheten til å gjøre rede for hva som er viktig for dem og utvikle seg til å uttrykke tanker gjennom kommunikasjon med helsepersonell (Mohn et al., 2017).

Ulempen med programmet er at pasientene uttrykker bekymringer ved å bli overlatt til seg selv (Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015). Unge jenter kan være spesielt sårbare fordi de allerede er i en livsfase preget av umodenhet både sosialt, mentalt og fysisk. Dette kan føre til mangelfull evne til å se konsekvenser og vanskeligheter med å ta ansvar for egen behandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). I slike situasjoner kan helsepersonelloven tre inn, ved at helsepersonell er pliktig til å henvise pasienten videre. Eksempelvis med utgangspunkt i casen kan det være nødvendig at Ylva blir henvist til videre behandling i forhold til tanker rundt mat og kropp etter utskrivelse fra medisinsk avdeling (Helsepersonelloven, 1999). GSD viser seg i tillegg å være tid og ressurskrevende ved at det blir et større behov for flere

sykepleiere for å gjennomføre programmet. Sett i et større perspektiv vil dette være mindre tidkrevende ved å innføre spesifikk behandling tilpasset hver enkelt (Zoffmann, Prip og Christiansen, 2015). Hypotetisk sett kan pasienten da unngå å bli en “kasteball” mellom ulike instanser.

I og med at GSD er en tid- og ressurskrevende behandlingsform blir også kognitiv atferdsterapi anbefalt for pasientgruppen (Tierney, Deaton og Whitehead, 2008). En sykepleier kan være med på å gi god behandling ved å benytte seg av denne behandlingsmetoden. Dette forutsetter at sykepleieren har god opplæring i metoden. Fordelen med terapien er at den er lett å lære. Som gir mulighet for å utdanne flere sykepleiere på område. Dette kan resultere i at flere pasienter får tilbud om behandling (Tunstrøm, 2017). Gjennom kognitiv atferdsterapi kan sykepleieren diskutere de katastrofale tankene som pasienten har i tråd med sin DM1 (Tierney, Deaton og Whitehead, 2008).

Spiseforstyrrelser ved DM1 betegnes som en alvorlig tilstand og det kreves derfor tett oppfølging fra helsetjenesten (Tunstrøm, 2017). De nye nasjonalfaglige retningslinjene for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser forteller; “Tettere oppfølging av helsetjenesten enn vanlig vil medføre økt ressursbruk, men effekten av tettere oppfølging vurderes å veie opp for det økte ressursbehovet” (Helsedirektoratet, s. 91, 2017). Grunnen til økt behov for tettere oppfølging er at når underdoseringen har pågått over tid vil tilførsel av insulin gi vektøkning. Resultatet av dette er ofte at pasienten viser motstand til å sette større insulindoser. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasienten om vektøkning og en bekreftelse på at vekten vil stabilisere seg etter noen uker, kan føre til et bedre samarbeid i forhold til hvordan insulinbehandlingen skal justeres (Frostad et al., 2005).

Fordelen med tettere oppfølging fra helsepersonell vil føre til færre episoder med hypo- eller hyperglykemi, bedre egenomsorg og vektkontroll, reduksjon av depressive symptomer og senkomplikasjoner. Ulempen er at tettere oppfølging kan være en belastende faktor ved at pasientene må ha hyppigere kontakt med helsetjenesten. Noen pasienter kan også oppleve lavere gjennomsnittlig HbA1c gjennom oppfølgingen, noe som kan føre til episoder med hypoglykemi. Fordelene er likevel vurdert til å veie opp for ulempene (Helsedirektoratet, 2017).

Startfasen er den mest kritiske fasen av behandlingen. Empati og relasjoner som tidligere er drøftet er derfor alfa og omega. Det kan derfor være nødvendig at sykepleieren som har oppnådd best kontakt med pasienten får hovedansvaret. Videre i startfasen kan insulinpumpe være et alternativ for å forhindre dramatisk vektøkning ved at insulin blir tilført kontinuerlig (Frostad et al., 2005). Pumpen vil i tillegg føre til at pasienten ikke trenger å utsettes for mange stikk ved insulinsetting, og redusere episoder med hypo- og hyperglykemi. Slik slipper pasienter som underdoserer insulin å være bekymret for og putte i seg sukker ved en eventuell hypoglykemi. Ulempen med pumpen er at den vil være på kroppen til enhver tid, samtidig som den kan manipuleres ved å endre innstillinger (Bangstad, 2015).

Målet er at pasienten skal ha kontroll på egen sykdom. Dette er en prosess som foregår over lengre tid, som vil si at behandlingen ikke avsluttes når pasienten forlater sykehuset (Mohn et al., 2017). Derfor er kontinuerlig støtte etter sykehusbehandling et viktig tema (Matilla et al., 2013). Et tiltak i den forbindelse er å tillate pasienter å kontakte sykehuset for støtte eller reinnleggelse. Pasienter som er ute av spiseforstyrrelsen viser fortsatt frykt for vektøkning (Balfe et al., 2013). Å etablere et bærekraftig og varig forhold til personell er viktig for pasienter i sykehusomsorg. Når pasienter som tidligere har vært innlagt kommer inn igjen, er det lettere for sykepleierne å danne et godt forhold til dem. (Rosèn, Persson og Persson, 2016).

En tilnærming som GSD kan gi store forandringer i unge kvinners oppfatning av deres diabetes. Studien viser at pasientene vil oppnå en bedre HbA1c, økt kompetanse for behandling av DM1 og færre diabetesrelaterte problemer. Den første studien om GSD viste at metoden fungerte for personer med DM1. Pasientene fikk forbedret HbA1c og kompetanse om DM1 i eget liv. Senere studier med GSD viste seg å ikke være effektiv på HbA1c blant unge voksne. Likevel viser resultatene seg positive i reduksjon av diabetesrelaterte problemer som mangel på motivasjon og forbedret kompetanse på egen sykdom hos unge (voksne) kvinner. GSD har potensial for forbedring av HbA1c og økt selvbestemmelse (Mohn et al., 2017).

6. Konklusjon

Hvordan kan sykepleier møte unge jenter med diabetes type 1, som kontrollerer kroppsvekt gjennom underdosering av insulin?

DM1 er en partner pasienten skal leve med livet ut. Det er følgelig en viktig oppgave for sykepleier å gi pasienten innsikt i at vektøkning kan være del av sykdomsbildet. Dette gjelder særlig for en sårbar pasientgruppe som unge jenter. Utfordringen ligger i å motivere pasienten til å kontrollere et følt vektproblem gjennom sunt kosthold og fysisk aktivitet fremfor underdosering av insulin. Kunnskapsbasert og målrettet informasjon med vekt på sunn livsstil og hva om er en normal kropp, er derfor særlig viktig nettopp overfor unge jenter med DM1. Utfordringen ligger i å identifisere de enkeltpasienter innen målgruppen som trenger særskilt oppfølging ved kontakt med helsevesenet, og ikke minst etterfølgende nødvendig, helsefremmende egeninnsikt hos pasienten selv. I denne bacheloroppgaven har vi mellom annet pekt på fire viktige tiltak som kan bidra til nettopp dette: Relasjoner og støttemetoder, Kunnskap, Kartlegging og Behandling

Kombinasjonen av å bruke den gjensidige relasjonsmetoden, pasientfokusert omsorg og informasjonsstøtte er et godt utgangspunkt for godt samarbeid med pasienten. Dette vil fremme autonomi på en empatisk måte og individualisere behandling etter pasienters behov.

Mangel på kunnskap vil påvirke pasientens holdning til egen behandling. Riktig informasjon til pasienten vil være alfa og omega for å unngå feil behandling. Det er viktig at sykepleieren ikke trekker seg unna ved manglende kunnskap, men velger å støtte seg på andre profesjoner. Et tverrfaglig samarbeid vil føre til et bedre utgangspunkt i behandlingsplan slik at den komplekse sykdommen kan følges opp psykisk og fysisk. Å jobbe erfaringsbasert og kunnskapsbasert er viktig for å dekke kunnskapshull. Regjeringens forslag om utarbeidelse av veiledningskurs innenfor feltet vil være hensiktsmessig.

For lite tid gjenspeiles i kartlegging og behandlingsprosessen. Dette kommer til å forbli et uløst problem med mindre det settes inn flere ressurser i form av flere ansatte. Det viser seg at DEPS-R kan være et godt kartleggingsverktøy. Per dags dato identifiserer verktøyet hvorvidt personen underdoserer insulin, men identifiserer ikke hva som ligger til grunn for underdoseringen. Det kan derfor være en idé å videreutvikle verktøyet. Slik kan pasienten raskere få tilbud om riktig behandling.

Relasjon mellom sykepleier og pasient kan bli bedre ved bruk av enkeltrom, noe som gjør kartlegging og behandlingsprosessen lettere. Sykepleiere må ha kunnskap om behandlingsmetoder som GSD og kognitiv atferdsterapi. GSD programmet kan gi store forandringer i unge kvinners liv med DM1 ved en reduksjon av DM1 relaterte problemer som mangel på motivasjon. Både kognitiv atferdsterapi og GSD kan hjelpe pasienten til å reflektere over tanker og bidra til endret tankemønster hos pasienter med DM1 som underdoserer insulin. For at GSD skal ha en optimal virkning på HbA1c og forbedre kompetansen til pasientene må det videreutvikles, noe forskerne mener det er potensial for.

For pasienter som har DM1 og underdoserer insulin, er det behov for videre forskning. Dette kan innebære utvikling av et helhetlig behandlingsforløp, som kombinerer fysiske og psykiske aspekt.

7. Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing literature review in health and social care - a practical guide*. 3.utg. England: Open University press

Balfe, M., Doyle, F., Smith, D., Sreenan, S., Conroy, R., Brugha, R. (2013) Dealing with the devil: weight loss concerns in young adult women with type 1 diabetes, *Journal of clinical nursing*, 22(13-14), s. 2030-2038. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12231>

Bangstad, H.J. (2015) insulinbehandling ved type 1 – diabetes, i Birkeland, K.I., Bangstad, H.J., Furuseth, K. (red.) *Insulinkompendium*. S. 31-34. Tilgjengelig fra: https://www.lillyacademy.com/global/Assets/material/no/Diabetes/Insulinkompendiet_v4_web_versjon.pdf (Hentet: 05. mai 2018).

Brinchmann, B.S. (2013) De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 82-96.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Diabetesforbundet (2015) *HbA1c*. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/s%C3%B8ker/+%2Bdiabetes/318564> (Hentet: 05. mai 2018).

Frostad, S., Haug, J., Mostad, I.L., Eggen, B. E., Bangstad, H.J., Rø, Ø., Hanestad, B.R., Aanderud, S. (2005) *Spiseforstyrrelser ved diabetes - forekomst, diagnostikk og behandling*. Tilgjengelig fra: <http://nsfsf.no/wp-content/uploads/2015/12/Spiseforst.v.diabetes.L3.pdf> (Hentet: 3. februar 2018).

Engelsrud, G og Nordtug, B. (2016) *Vi må slutte å prate om kroppspresset*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/meninger/kronikk/2016/03/presset-pa-kroppspresset> (Hentet: 1. mai 2018).

Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nortvedt M.W., (2015), kunnskapsbasert praksis i Grov, E.K., Holter, I.K., (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen damm akademisk, s. 179-208

Grottdal, S. (2014) *Diabetes type 1 og spiseforstyrrelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/om-diabetes/behandling/diabetes-og-psykisk-helse/spiseforstyrrelser/diabetes-type-1-og-spiseforstyrrelser/> (Hentet: 4. april, 2018).

Helsedirektoratet (2017) *nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spiseforstyrrelser.pdf> (Hentet: 02. mai 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf (Hentet: 11. mai 2018).

Helsepersonelloven (1999) *Lov helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Hentet (12. mai 2018).

Holter, I.M., (2015), Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn i Grov, E.K., Holter, I.K., (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen damm akademisk, s. 107-118

Høie, B. (2016) Det magiske spørsmålet, *Sykepleien*, 8. mars, s. 28.

Institutt for spiseforstyrrelser (U.Å) *Diagnoser*. Tilgjengelig fra: <http://spiseforstyrrelser.no/disorders/diagnoser/> (Hentet: 28. april 2018).

Knarvik, J.C. (2017) *Dette er diabetes type 1*. Tilgjengelig fra: <https://levmeddiabetes.no/2017/05/diabetes-type-1-fakta-symptomer/> (Hentet 08. mai 2018).

Kriz, S. og Solberg, B. (2017) *Kognitiv atferdsterapi*. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-1-psykoterapi/13-kognitiv-atferdsterapi/> (Hentet: 29. april 2018).

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Kurki, Å.P. (2013) The method of nursing support in hospital and patients` and family members` experiences of the effectiveness of support, *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), s. 305-314. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12060>

Mohn, J., Graue, M., Assmus, J., Zoffmann, V., Thordarson, H., Peyrot, M., Rokne, B. (2017) The effect of guided self-management in persons with type 1 diabetes mellitus and HbA1c >64 mmol/mol: a group-based randomised controlled trial, *BMJ open*, 7(6). doi: 10.1136 / bmjopen-2016-013295

Norsk forening for kognitiv terapi (2014) *Hva er kognitiv terapi*. Tilgjengelig fra: <https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2014/11/Hva-er-kognitiv-terapi.pdf> (Hentet: 02. mai 2018).

Norsk helseinformatikk (2017) *Diabetisk ketoacidose*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/forstehjelp/akuttmedisin/ulike-sykdommer/diabetisk-ketoacidose/> (Hentet: 02. mai 2018).

Norsk helseinformatikk (2016) *Senkomplikasjoner ved diabetes*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-generelt/senkomplikasjoner-diabetes/> (Hentet: 08. mai 2018).

Norsk legemiddelhåndbok (2015) *Komplikasjoner*. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/s%C3%B8ker/+%2Bdiabetes/318564> (Hentet: 20. april 2018).

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere> (Hentet: 18. April 2018).

Norvoll, R. (2015) Makt og avmakt, i Brodtkorb, E og Rugkåsa, M (red.) *Mellom mennesker og samfunn*. 2.utg. Oslo: Gyldendal, s. 67-97.

Norvoll, R. (2015) Sosiale avvik og sosial kontroll, i Brodtkorb, E og Rugkåsa, M (red.) *Mellom mennesker og samfunn*. 2.utg. Oslo: Gyldendal, s. 99-121.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (Hentet: 30. april 2018).

Polit, D.F og C.T. Beck (2013) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rosèn, H., Persson, E., Persson, G.R. (2016) Challenges of patient-focused care: Nurses` descriptions and observations before and after intervention, *Nordic journal of nursing research*, 37(1), s. 27-32. doi: <https://doi.org/10.1177/2057158516661461>

Slettebø, Å. (2013) Forskningsetikk, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleie*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademiet, s. 209-224

Sneltvedt (2013) Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?, i Brinchmann, B.S (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 151-164.

Tierney, S., Deaton, D., Whitehead, J. (2008) Caring for people with type 1 diabetes mellitus engaging in disturbed eating or weight control: a qualitative study of practitioners` attitudes and practices, *Journal of clinical nursing*, 18, s. 384-390. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02434.x

Tunstrøm, S.H. (2017) *Diabetes og spiseforstyrrelser: En farlig kombinasjon*. Tilgjengelig fra: <https://levmeddiabetes.no/2017/09/diabetes-og-spiseforstyrrelser-en-farlig-kombinasjon/> (Hentet: 28. april 2018).

Wisting, L., Frøisland, D.H., Skrivarhaug, T., Jørgensen, D.K., Rø, Ø. (2013) Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment, *Diabetes care*, 36(11), s. 3382-3387. doi: <https://doi.org/10.2337/dc13-0431>

Zoffmann, V., Kirkevold, M. (2009) Relationer og deres forandringspotentiale utviklet i vanskelig diabetesomsorg, *Klinisk sygepleje*, 23(02), s. 54-70. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2009/02/relationer_og_deres_forandringspotentiale_udviklet_i_vanske (Hentet: 27.04.18).

Zoffmann, V., Prip, A., Christiansen, W.A. (2015) Dramatic change in a young woman`s perception of her diabetes and remarkable reduction in HbA1c after an individual course of guided self-determination, *BMJ case reports*. doi: 10.1136/bcr-2015-209906

