



**Avsluttende eksamen i sykepleie**

*Hvordan kan sykepleier bidra til at personer med nyoppdaget diabetes gjenoppretter egenomsorg?*

**Dato for innlevering: Fredag 17. Oktober 2014**

**Kandidat nr: 123**

**Kull: 182**

**Antall ord: 8651**

**Veileder: Ingrid Sie**

## Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	2
1.2. OPPGAVENS PROBLEMSTILLING .....	3
1.3. OPPGAVENS HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIGE RELEVANS .....	3
1.4. OPPGAVENS AVGRENSINGER.....	4
1.5. DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER .....	4
1.6. OPPGAVENS VIDERE OPPBYGGING.....	5
<b>2. METODE</b> .....	<b>6</b>
2.1. BESKRIVELSE AV VALGT METODE .....	6
2.2. PRESENTASJON AV ANVENDT FORSKNING .....	7
2.2.1. <i>Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2</i> .....	7
2.2.2. <i>Opplevelser hos personer med nyoppdaget diabetes</i> .....	8
2.2.3. <i>Kommunikasjon og refleksjon</i> .....	9
2.2.4. <i>Effekten av gruppebasert undervisning</i> .....	9
2.3. KILDEKRITIKK .....	10
<b>3. TEORI</b> .....	<b>12</b>
3.1. DOROTHEA OREM SYKEPLEIETEORI .....	12
3.1.1. <i>Vurdering og anvendelse av teorien</i> .....	14
3.2. SAMHANDLINGSREFORMEN OG AKTUELT LOVVERK .....	15
3.3. DIABETES SYKDOMMER .....	16
3.4. INSULIN OG ADMINISTRERING AV MEDISINERING .....	17
3.5. Å LEVE MED DIABETES .....	17
3.6. SYKEPLEIE VED NYOPPDAGET DIABETES .....	19
<b>4. DRØFTING</b> .....	<b>21</b>
4.1. DIABETESBEHANDLING I ET SAMFUNNSØKONOMISK PERSPEKTIV .....	21
4.2. DIABETES I HVERDAGEN .....	23
4.3. SYKEPLEIE TIL PERSONER MED NYOPPDAGET DIABETES .....	23
4.3.1. <i>Første fase: Kartlegging</i> .....	24
4.3.2. <i>Andre fase: Sykepleiesystem</i> .....	24
4.3.3. <i>Tredje fase: Hjelpemetoder og tiltak</i> .....	25
<b>5. KONKLUSJON</b> .....	<b>27</b>
<b>LITTERATURLISTE:</b> .....	<b>28</b>

# 1. Innledning

Jeg vil i dette kapittelet beskrive min bakgrunn for valg av tema. Jeg vil deretter presentere min problemstilling, og gjøre rede for oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans. Deretter følger en beskrivelse av oppgavens avgrensninger, definisjon av sentrale begrep benyttet i oppgaven og til slutt vil jeg beskrive oppgavens videre oppbygging.

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Jeg har erfaring fra å jobbe i hjemmesykepleien. Det har slått meg hvor mange mennesker vi besøkte kun for å måle blodsukker og evt. injisere insulin. Mange av disse menneskene jeg møtte var kognitivt og ellers friske, og ville utfra min sykepleiefaglige vurdering ikke hatt problemer med å kontrollere sitt blodsukker og administrere insulinbehandlingen på egenhånd. Men flere av dem kunne fortelle at de vegret seg for sprøyter og at de var redde for å sette feil insulin. Mange utviste også svært liten kunnskap og eierskap til egen sykdom. På tross av tilsynelatende svært god kapasitet, og tidligere fullstendig egenomsorg, forelå det nå en svikt i deres egenomsorg, dette gjorde dem svært avhengig av helsepersonell, noe som etter hva jeg kunne se skapte en ytterligere avstand til egen sykdom. Det å være avhengig av hyppig hjemmesykepleie vil gjøre personen mer bundet til hjemmet, og dermed begrense deres mulighet for sosial omgang utenfor hjemmet. Slik jeg ser det vil dette kunne være hemmende for personens livsutfoldelse og livskvalitet. At sosial kontakt er viktig for en persons opplevelse av livsutfoldelse bekreftes blant annet av Smebye og Helgesen (2011). Jeg ser det derfor som et relevant problemområde å utforske for sykepleier, da det vil kunne bidra til økt livskvalitet hos personer med diabetes. Jeg har erfaring fra to norske hjemmesykepleiedistrikt. Jeg har foreløpig møtt om lag femten personer som etter min vurdering ville, med noe mer undervisning kunne klart å administrere medisineren selv. Jeg ser at dette er for smalt til å kunne anta at det er et landsdekkende problem. Jeg har allikevel valgt å fokusere på dette problemet da jeg skriver en bacheloroppgave på bakgrunn av foreløpig opparbeidet kunnskap og erfaring. Jeg har i hjemmesykepleien også opplevd at personer som ble skrevet ut fra sykehuset med nyoppdaget,

insulinkrevende diabetes har kommet hjem uten tilstrekkelig opplæring i egenbehandling, men med et vedtak på hjemmesykepleie fire ganger daglig. Dette får meg også til å stille spørsmålstegn ved rutinene rundt opplæring og utskriving av personer med nyoppdaget diabetes fra sengepost og det samfunnsøkonomiske aspektet. Jeg vil derfor også se på lovverk samt politiske føringer som spiller inn i denne problematikken, da jeg antar at det vil kunne ha en direkte påvirkning på enkeltpersonene som lever med diabetes.

Diabetes er en sykdom som rammer flere og flere både i Norge og på verdensbasis (Green & Kyvik, 2012). Over 125 000 personer i aldersgruppen 0-74 år bruker legemidler mot diabetes i Norge i dag (Fhi, 2014b). I følge WHO (2013) vil diabetes være den 7. største dødsårsaken på verdensbasis innen 2030. Jeg ser det derfor også som en gylden mulighet og ikke minst en viktighet å gjøre meg bedre kjent med fellestrekk ved sykdommen generelt, patofysiologiske og psykiske forhold og behandling.

## **1.2. Oppgavens problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bidra til at personer med nyoppdaget diabetes gjenoppretter egenomsorg?

## **1.3. Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans**

Jeg ønsker i denne oppgaven å belyse ulike sider av at flere og flere blir avhengig av kontinuerlig helsehjelp, som hjemmesykepleie grunnet en insulinkrevende diabetes. Jeg ønsker å se på hva det gjør med den enkelte personens liv, belyse det samfunnsøkonomiske aspektet ved det og jeg ønsker å finne løsninger på hvordan jeg som sykepleier i fremtiden kan bidra til at fler personer med diabetes får en god egenomsorg ved at de utfører selvstendig selvbehandling. Min hypotese er at økt selvstendighet vil kunne føre til mindre avhengighet, og dermed en økt livskvalitet. Jeg mener også at økt selvstendighet hos personer med diabetes vil være samfunnsøkonomisk gunstig, da det vil kunne føre til at færre var avhengig av

kontinuerlig helsehjelp som hjemmesykepleien. At selvstendighet, eierskap og mestring av sin diabetessykdom og medisinerer er viktig for personens livskvalitet, bekreftes bl.a. av Mosand og Stubberud (2011). Jeg vil også trekke tråder til det politiske, og spesielt samhandlingsreformen. Jeg mener det er en viktighet at hver enkelt sykepleier innehar og benytter kunnskap om det samfunnsøkonomiske aspektet ved Norsk helsevesen. Jeg anser det også som en nødvendighet at helsepersonell som jobber i det kliniske til daglig bidrar til å belyse politiske problemområder, slik at det på den måten kan fanges opp og det kan jobbes mot løsninger også på det politiske plan.

#### **1.4. Oppgavens avgrensinger**

Jeg vil i denne oppgaven skrive om personer som har fått en insulinavhengig diabetes. For de fleste personer som har fått en diabetessykdom er også et tilpasset kosthold nødvendig for en optimal blodsukkerregulering (Sagen, 2011). Grunnet oppgavens omfang og vinkling vil jeg kun gå inn på insulin som behandlingsmetode. Jeg vil allikevel presisere viktigheten av et adekvat kosthold i en livslang diabetes – behandling. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle personer i aldersgruppen 50 – 60 år, med velfungerende fysisk og mental funksjon. Grunnet oppgavens omfang vil jeg ikke gå inn på sykepleiers rolle ute i kommunehelsetjenesten, men ser at dette kunne vært interessant for å utdype min problemstilling ytterligere. Jeg har valgt å se sykepleiers rolle i lys av den direkte kontakten med personen som har fått en diabetessykdom, men også i lys av politiske retningslinjer og i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

#### **1.5. Definisjon av sentrale begreper**

Mestring beskrives som menneskets evne til å tilpasse seg en ny virkelighet og å være i stand til å leve med utfordringer . Mestring er opplevelse av krefter i møte med utfordringer, noe som vil si at man har en følelse av kontroll over eget liv (Vifladt & Hopen, 2004).

Begrepet livskvalitet har svært individuelle betydning for hver og en av oss. Det kan derfor defineres som det enkelte individets evaluering av egen livssituasjon . Det er å anse som et flerdimensjonalt begrep, og vil i ulik grad omhandle både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider av livet (Haas, 1999). For å konkretisere hva jeg legger i anvendelsen av dette begrepet i min oppgave har jeg valgt å benytte meg av følgende definisjon: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative.” (Næss, 2011, s. 18). En kritikk av denne definisjonen vil følge i oppgavens kildekritikk.

Øvrige begreper vil bli gjort rede for fortløpende i oppgaven.

## **1.6. Oppgavens videre oppbygging**

Oppgaven er bygget opp av fem hovedkapitler, hvorav kapittel to, tre og fire utgjør hoveddelen av min oppgave. Første kapittel har vært en innledning og avklaring til den videre oppgaveteksten som følger. Kapittel to vil omhandle metode og metodebeskrivelse. Jeg vil også presentere de forskningsartiklene jeg har benyttet i dette kapitlet, for å kunne presentere en kildekritikk til slutt. I kapittel tre vil jeg presentere teori på områder jeg finner relevant for min problemstilling og innenfor mine avgrensninger. Jeg har valgt å strukturere kapitlet slik at jeg begynner på et overordnet nivå med sykepleieteori, lovverk og patologi. Jeg vil deretter ta noe av dette med inn i en konkretisering mot enkeltpersonens opplevelse av sykdommen og konkrete tiltak og tanker bak sykepleie til mennesker med nyoppdaget diabetes. Kapittel fire er oppgavens drøftingsdel. Dette kapitlet er strukturert på lik måte som overnevnte, for å tydelig kunne konkretisere sykepleiers oppgaver mot slutten av kapitlet. I kapittel fem vil jeg komme med en konklusjon og en besvarelse på oppgavens problemstilling på bakgrunn av presentert litteratur og drøfting.

## 2. Metode

En metode har som formål å komme frem til ny kunnskap, og på denne måten være et middel til å løse problemer. Begrepet ”metode” beskriver en fremgangsmåte for å nå frem til ny kunnskap, og et hvilket som helst middel som tjener dette er å anse som en metode (Dalland, 2007).

### 2.1. Beskrivelse av valgt metode

Jeg har benyttet litteraturstudie som metode i min oppgave. En litteraturstudie er i følge Forsberg og Wengstrøm (2008) en metode som baserer seg på allerede kjent kunnskap. Det innebærer at man utfører en systematisk søkeprosess og uthenting av data, en kritisk utvelgelse og granskning av relevant kunnskap, for så å utarbeide en sammenfatning av dette. Dette bekreftes også av Dalland (2007).

Jeg har brukt databasen Swemed+ når jeg har søkt etter artikler. I Swemed+ har jeg brukt følgende søkeord i kombinasjon : *Diabetes, oppstart, insulinbehandling* – jeg fikk da ett resultat jeg valgte å ikke bruke. Jeg søkte derfor videre med Mesh ordene som kom opp på siden, og søkte da på kombinasjonen: *Diabetes education*. Jeg så at ved å bruke utenlandske mesh – ord ville jeg få et bredere utvalg av forskning, og en større mulighet til å finne spesielt gode og egnede artikler for min oppgave. Jeg fikk da tohundre og trettien treff og brukte så check tags ”adult” for å snevre inn søket slik at det bedre passet min oppgave. Jeg fikk da femtito treff. Etter å ha lest gjennom abstracts velger å bruke en artikkel av Tjelta og Holsen (2013) og en av Kneck, Klang og Fageberg (2011). Jeg fant disse artiklene mest relevant for min problemstilling da jeg mener de belyser viktige og interessante områder knyttet til min problemstilling. Dette vil jeg komme mer tilbake til i en grundigere presentasjon i neste kapittel. Øvrige artikler og pensumlitteratur er benyttet for å belyse ulike sider ved min problemstilling og øvrige oppgave.

## 2.2. Presentasjon av anvendt forskning

Jeg vil i dette kapittelet vil jeg gi en grundigere presentasjon av forskningen jeg har valgt å benytte i min oppgave.

### 2.2.1. Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2

Tjelta og Holsen (2013) har gjort en kvalitativ studie på gruppebasert opplæring og mestring hos personer med type 2 diabetes. Den gruppebaserte opplæringen fant sted ved en poliklinisk avdeling. Utvalget i denne studien var voksne kvinner og menn, alder var ikke mer spesifisert. Noen av dem hadde insulinavhengig diabetes, andre regulerte sin sykdom ved mosjon og adekvat kosthold. Jeg velger å fokusere på den delen av studien som omhandler mestring og læringsmetoder. I denne studien kommer det frem at det å møte mennesker i tilnærmet lik situasjon og utveksle erfaringer var gunstig for læring. Kursdeltakerne uttrykket viktigheten av en praksisrelatert undervisning. Det fastslås også at økt kunnskap om diabetes sykdommen førte til en bedre forståelse av egen kropp og sykdom. Deltakere på kurset uttalte også at økt kunnskap ga dem en bedre følelse av kontroll og mestring av sykdommen i hverdagen. Videre kommer det frem at en del av personene følte engstelse i forhold til utvikling av sykdommen, og var engstelige for å starte medikamentell behandling, spesielt insulinbehandling. Mange utsatte behandlingen, og holdt dette på avstand. Det viste seg da at støtte og erfaringer fra dem som allerede var under insulinbehandling hjalp, da mange hadde gode erfaringer med insulinbehandling (Tjelta & Holsen, 2013). Jeg synes dette er et spennende funn. Slik jeg ser det bekrefter også denne studien at det er et større behov for kunnskap og sykdomsinnsikt hos voksne personer med diabetes enn hva man automatisk får ved og like etter diagnostisering, ettersom det var et frivillig tilbud. At dette er en kvalitativ studie er, etter min mening positivt i den forstand at det gir et dypt innblikk i personens meninger og opplevelser av en gruppebasert opplæring. Jeg ser allikevel svakheter ved det, da det kun gir et inntrykk av hva noen utvalgte mennesker mener.



### 2.2.2. Opplevelser hos personer med nyoppdaget diabetes

Jeg har videre valgt å anvende artikkelen av Kneck, Klang og Fagerberg (2011) i min oppgave. Denne studien belyser personlige erfaringer hos personer som nylig har fått diagnosen diabetes melitus. Det ble her benyttet kvalitativ metode. Personene som deltok i studien var mellom 26 og 65 år, og ble intervjuet innen to mnd. etter de hadde fått diagnosen. Denne studien påpeker at de fleste som har en diabetes sykdom selv er ansvarlig for behandlingen og oppfølging av egen sykdom. Det påpekes også at det er manglende forskning på personers egne erfaringer fra det å leve med en kronisk sykdom. Ettersom de fleste personer med diabetes administrerer behandlingen selv i hverdagen, vil det si at mye av kunnskapen ligger hos nettopp dem (Kneck, Klang & Fagerberg, 2011). Jeg ser forskning som dette som en svært god kilde til erfaringsbasert kunnskap som ellers ikke er tilgjengelig for meg som sykepleier. Kunnskap om erfaringer som dette vil også, slik jeg ser det danne et bedre grunnlag for tidlig veiledning av personer med nyoppdaget diabetes. Et viktig funn i studien var at kunnskap om sykdommen generelt virker å være avgjørende for å lære det å takle sykdommen i hverdagen, og se seg selv i forhold til sykdommen. Det er da viktig at denne kunnskapen kommer tidlig etter diagnostisering, for å kunne raskest mulig få kontroll over egen behandling. Det kommer videre frem av studien at mange synes det var emosjonelt overveldende å få en kroniske diagnose som diabetes melitus, og påpeker derfor viktigheten av emosjonell og psykisk støtte. Igjen viste økt kunnskap seg å være hjelpende i å gjøre den nye livssituasjonen mer håndterbar. Å kunne håndtere blodsuktermålingsapparatet ble trukket frem som en viktig trygghet. Da hypoglykemi er en fryktet tilstand hos mange personer med diabetes, vil det være en trygghet å kunne gjenkjenne og være trygg på de kroppslige signalene. Hyppig blodsukkerkontroll i starten fører til at man kan kontrollere om man tolket de kroppslige tegnene korrekt, og på den måten bli bedre kjent med egen kropps reaksjon på ulike blodsukkernivå. De intervjuede uttalte at helsevesenet var som en støtte å lene seg på, og at råd fra helsevesenet ble satt høyere enn råd fra venner/bekjente med erfaring. Det kommer allikevel frem at møte med lite kvalifisert helsepersonell skapte stor uro og usikkerhet (Kneck, Klang & Fagerberg, 2011). Jeg mener dette understreker viktigheten av et kvalifisert og kunnskapsrikt helsepersonell i møte med personer med diabetes.

### 2.2.3. Kommunikasjon og refleksjon

En studie utarbeidet av Zoffmann og Kirkevold (2009) tar for seg pasient/brukermedvirkning og kommunikasjon. Jeg har valgt denne studien, da jeg mener den belyser problematikken rundt kommunikasjon svært godt. Jeg mener dette er relevant for min videre oppgave. Utvalget i denne studien består av elleve pasienter og åtte sykepleiere ved sengepost og poliklinikk på et dansk universitetssykehus. Det kommer frem av denne studien at personer med diabetes ofte ikke våger å fortelle helsepersonell hva de egentlig ser som problematisk ved sin sykdom. Det samme problemet ligger, i følge denne studien også hos helsepersonellet. Det viste seg at også helsepersonell ofte vegret seg for å ta opp emnene de så som mest problematiske for personen. Det later til at mye av kommunikasjonen mellom helsepersonellet og den som har diabetes er overfladisk. I studien ble det utført en 45 minutters lang samtale mellom sykepleier og pasient. I et intervju etter denne samtalen kunne både sykepleier og pasienten fortelle at de ikke så samtalen som nyttig på noen måte, at det var mest tomprat (Zoffmann & Kirkevold, 2009). Jeg ønsker å understreke at dette er en kvalitativ studie, og derfor ikke kan fastslå at dette er et allment problem. Jeg ønsker allikevel å fokusere på dette, da erfaringene i denne studien sammenfaller godt med mine erfaringer fra praksis og da gode kommunikasjonskunnskaper er svært viktig i sykepleiers undervisende/veiledende funksjon (Kirkevold, 1998). Zoffmann og Kirkevold (2009) trekker frem egenrefleksjon for pasienter og helsepersonell som et godt tiltak mot en mer åpen kommunikasjon.

### 2.2.4. Effekten av gruppebasert undervisning

Til slutt har jeg valgt å benytte meg av kunnskapen som kommer frem av et cochrane studie utarbeidet av Deakin, McShane, Cade og Williams (2009). Denne studien tar for seg effekten av gruppebasert undervisning for personer med diagnosen diabetes. Ettersom jeg har valgt å benytte meg av kvalitative studier for øvrig, valgte jeg å også ta i bruk en cochraneartikkel for å gi meg mer oversikt på feltet. Ved å benytte meg av denne artikkelen vil jeg også kunne si mer om en målbar effekt av ulike undervisningsstrategier. Hovedfunnene i denne studien viser at blodsukkerverdiene hos

deltakere på gruppebasert undervisning om diabetes sank med 1.4% allerede etter to mnd. Det kommer videre frem at personer som har deltatt på slik undervisning også fikk et lavere blodtrykk og en lavere vekt. Det viser seg også, i følge denne studien at kunnskapsnivået om diabetes økte i takt med at verdier som blodsukker, blodtrykk og vekt ble forbedret. Det understrekes at det kreves mer og grundigere forskning på disse funnene (Deakin, McShane, Cade & Williams, 2009).

### 2.3. Kildekritikk

Min utvelgelse av litteratur er basert på kunnskap jeg har tilegnet meg gjennom utdannelsen som omhandler diabetes, samfunnsøkonomi og holistisk sykepleie. Jeg har vært bevisst mine personlige begrensninger, men kan allikevel se at min hypotese og forutforståelse for problemet kan ha preget meg i utvelgelse av litteratur, samt vinkling av teksten. Min erfaring er fra to norske distrikter fra to ulike kommuner på Østlandet. Jeg ser at dette ikke er nok til å fastslå at dette er et landsdekkende problem. Jeg vil allikevel påpeke at jeg på bakgrunn av min faglige kunnskap har observert og gjenkjent et problem i klinikken hvor jeg har vært. Jeg har på denne måten kommet frem til en hypotese, og et problemområde jeg synes er spennende, og vil bruke litteratur til å gjøre meg bedre kjent på område, eventuelt avkrefte eller bekrefte min hypotese, og lete etter løsninger til min problemstilling. Videre vil jeg påpeke at både boken av Hilsted, Johnsen og Christiansen (2011) og artikkelen av Zoffmann og Kirkevold (2009) er danske, og basert mye på dansk klinisk erfaring. Jeg har vært kritisk i utvelgelse av informasjon, da det er noen forskjeller i strukturen i våre helsevesen. Jeg har allikevel gått ut ifra at pasientgruppen og behandlingsmetodene er like i Norge og Danmark, og anser dem derfor som overførbare. Jeg har valgt å benytte meg av definisjonen Næss (2011) har utarbeidet om livskvalitet. Jeg synes personlig at dette er en svært oversiktlig definisjon som gir klare retningslinjer, og et oversiktlig bilde som er godt anvendbart i oppgaven. Jeg mener allikevel at definisjonen gir lite rom nyanser, da livskvalitet blir, slik jeg tolker det antydnet som et ”enten/eller – fenomen”. Jeg har derfor valgt å benytte noe av hva Haas (1999) har skrevet om livskvalitet, for å presisere at jeg mener det er personen selv som definerer sin egen livskvalitet, og ikke jeg som sykepleier. Jeg ser at

artikkelen er over ti år gammel, men jeg har allikevel valgt å bruke den da jeg finner den forenelig med egne tanker rundt begrepet livskvalitet.

### 3. Teori

Jeg vil i dette kapitlet presentere relevant teori for min problemstilling og videre drøfting. Jeg vil først komme med en presentasjon av relevante elementer i Dorothea Orems sykepleieteori som etter min mening belyser min problemstilling godt. Deretter følger en presentasjon av aktuelle elementer fra samhandlingsreformen og aktuelt lovverk. Videre vil jeg kort presentere ulike diabetessykdommer med patofysiologiske prosesser, og generelt om insulin og administrering av medikamentet. Dette da jeg mener det er en viktig forutsetning at sykepleier innehar gode naturvitenskapelige kunnskaper for å kunne sikre korrekt og forsvarlig medikamenthåndtering, og da dette er noe av kunnskapen jeg mener bør formidles til personer med diabetes, slik at også de kan administrere sin behandling forsvarlig, og innse viktigheten av det. Ved å beskrive den patofysiologiske delen av sykdommen, samt funksjonen bak insulinbehandling ønsker jeg også å understreke viktigheten av at det utføres korrekt, da diabetes er en sykdom, som etter min erfaring ansees som en relativt ukomplisert og ufarlig sykdom av en del helsepersonell. Videre kommer et delkapittel som omhandler det å leve med diabetes og personers reaksjon på dette, herunder også utdrag fra samtaler jeg har hatt med personer som lever med diabetes. Jeg avslutter dette kapitlet med en presentasjon sykepleiers rolle og sykepleieintervensjoner til personer med diabetes.

#### 3.1. Dorothea Orem sykepleieteori

En sykepleieteori kan i følge Kirkevold (1998) defineres som et utsagn som beskriver sykepleiefagets karakter og ansvarsområde. Jeg har valgt å benytte meg av Dorothea Orems sykepleieteori i min oppgave. Hennes teori dreier seg om menneskets evne til å ivareta seg selv og sin helse, altså evnen til egenomsorg (Cavanagh, 1999). Orem (2001) beskriver egenomsorg som de handlinger personen selv iverksetter og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Hun beskriver sykepleiers oppgave som å kompensere der det er en svikt i pasientens egenomsorg og tilrettelegge for gjenopprettelse av egenomsorg. Det er sykepleiers oppgave å kartlegge en evt. svikt, og igangsette relevante tiltak. Hun har også fokus på viktigheten av å utnytte pasientens egne ressurser i sin teori, og at sykepleier skal, om mulig bidra til å utvikle pasientens

evne til fullstendig egenomsorg. Jeg mener dette, og teorien for øvrig egner seg godt til min problemstilling og beskriver sykepleiers rolle.

Orem (2001) beskriver i sin teori tre ulike faser i sykepleiers problemløsende arbeidsmetode. Den første fasen omhandler innhenting av data og kartlegging av behov for sykepleie. I fase to beskriver hun de tre ulike sykepleiesystemene; helt kompensierende system, delvis kompensierende system og det støttende/undervisende sykepleiesystem. Jeg har som tidligere nevnt valgt å konsentrere meg om ellers funksjon - og kognitivt friske mennesker, og vil derfor benytte meg av det støttende/undervisende sykepleiesystemet videre i min oppgave. I følge Orem (2001) er sykepleiers rolle i dette systemet å hjelpe personen til læring og å ta hensiktsmessige avgjørelser. Dette systemet benyttes i tilfeller der personen har alle nødvendige ressurser til å kunne gjenoppta en optimal egenomsorg. Jeg har i min oppgave valgt en ganske generell ”pasientgruppe”, og jeg har beskrevet at de etter min mening har evnen til å administrere medisineren på egenhånd, altså at de innehar evnen til egenomsorg. Fase tre i hennes problemløsende metode går ut på å lede systemet og igangsette relevante tiltak. Hun beskriver også fem ulike hjelpemetoder i sin teori:

- Å handle eller gjøre for en annen
- Å veilede/rettlede
- Å støtte
- Sørge for omgivelser som fremmer utvikling
- Undervise.

I det støttende/undervisende systemet vil det være aktuelt å utvikle tiltak som grunner i de fire sistnevnte hjelpemetodene. Sykepleier skal i følge henne være en som kan lytte og tilby varierte hjelpemetoder. Dette vil, slik jeg ser det stille krav til sykepleiers evne til kreativ tenkning som grunner i høy teoretisk kunnskap. Det er samtidig viktig at sykepleier legger vekt på tilrettelegging av omgivelser for vekst, slik at pasienten selv har mulighet til egenutvikling mot egenomsorg (Cavanagh, 1999), i dette tilfellet administrering av medikamenter og mestring av sykdommen.

### 3.1.1. Vurdering og anvendelse av teorien

Orems teori gir gode retningslinjer for kartlegging av egenomsorg, jeg savner derimot konkrete retningslinjer for å oppfylle egenomsorgskravene. Jeg mener dette ville gjort teorien lettere tilgjengelig for den utøvende sykepleier. På den annen side ville dette spisset teorien, og på den måten gjøre den mindre anvendbar i så mange ulike situasjoner, slik den nå er. Det at teorien er såpass allment anvendbar innenfor sykepleie, gjør den etter min mening også ganske generaliserende. Jeg vil trekke frem et sitat fra Cavanagh (1999) som jeg mener eksemplifiserer denne problematikken godt:

Hva med en person som har svære fysiske problemer, men som besitter fulle åndsevner? Hvis denne personen plasseres under et helt kompenserende sykepleiesystem fordi han har behov for å få dekket en lang rekke fysiske behov, ser en bort fra at han fremdeles er i stand til å ta velbegrunnede beslutninger om sin egen helse ( Cavanagh, 1999, 152).

Jeg ser allikevel at ved å spesifisere og dele opp gruppene og sykepleiesystemene ytterligere ville den mistet noen av sin egenskap, som etter min mening er nettopp det at den gir retningslinjer for sykepleier, men at det er sykepleiers eget ansvar å se pasientens ressurser og anvende teorien på en hensiktsmessig måte på bakgrunn av sin faglige kompetanse. Jeg vil også påpeke at Orem gjennomgående i sin teori bruker begrepet ”pasient”. Jeg velger i min oppgave, og kliniske praksis for øvrig å omtale personer som søker helsehjelp som personer så langt dette er hensiktsmessig og det er snakk om enkeltpersoner. Jeg velger å gjøre det slik, da det i mine tanker tegner et godt bilde av likeverd. Ved å anerkjenne at personen er en person, og ikke kun en medisinsk diagnose, vil jeg stadig minne meg selv på et helhetlig menneskesyn og likeverd. Dette er holdninger jeg ønsker å ta med meg inn i hvert møte jeg som sykepleier har med andre mennesker som søker min hjelp og kompetanse. Jeg ser at dette kun kan dreie seg om en begrepsdefinisjon for mange, men ettersom det påvirker meg og min evne til å møte personer med likeverd i min yrkesutøvelse, velger jeg å se bort i fra dette begrepet Orem bruker i sin teori.

### 3.2. Samhandlingsreformen og aktuelt lovverk

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009), 2009) ble lansert i en stortingsmelding våren 2009. Den har som formål å sikre rett behandling, på rett sted, til rett tid, og å sikre et kostnadseffektivt og bærekraftig helsevesen for fremtiden. Viktige hovedpunkter i samhandlingsreformen er bl.a. å flytte noe av den behandlingen som tidligere har foregått på sykehuset ut til kommunehelsetjenesten. Tanken er at dette vil bidra til færre liggedøgn på sykehuset, og dermed være økonomisk gunstig.

Kommunene skal også bidra med betaling av utgiftene ved inn – og utskrivning fra sykehus. Et viktig fokus i samhandlingsreformen er et forebyggende fokus i helsearbeid. Det fastslås også at alle tjenester skal rettes inn mot hjelp slik at personer kan mestre eller gjenopprette egenmestring i størst mulig grad. Jeg ønsker å påpeke at dette samsvarer godt med Orems (2001) teori som omhandler nettopp dette med mestring og egenomsorg. I spesialisttjenesteloven (1999) slås det også fast at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusenes viktigste oppgaver.

I følge samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009), 2009) koster et døgn på somatisk sykehus i gjennomsnitt 5000 kr. Med samhandlingsreformen ønsker man å få ned liggedøgn på sykehuset, og finne et adekvat omsorgstilbud for pasienter ute i kommunene tidligere. I følge Pasientrettighetslovens §3 (1999) skal tjenestetilbudet utformes i samarbeid med pasienten så langt det lar seg gjøre. I dag foreligger det en betalingsforskrift som sier at et helseforetak kan kreve betaling fra pasientens hjemkommune ti dager etter pasienten er meldt utskrivningsklar og ikke tatt imot av kommunen, dersom ikke annet er avtalt (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009), 2009). Dette er også hjemlet i Helse – og omsorgstjenesteloven (2011). En pasient er utskrivningsklar når en lege, i samråd med annet helsepersonell på sykehuset vurderer at det ikke lenger er nødvendig med behandling i spesialisthelsetjenesten (sthf.no, 2013). Av nye brukere av omsorgstjenester blir hver tredje pasient ”reinnlagt” (to påfølgende innleggelser fra samme pasient innen 28 dager) på sykehus. Dette blir påpekt som et stort problem (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009), 2009). Jeg anser dette å være en belastning for den enkelte, så vel som en stor samfunnsøkonomisk belastning.



### 3.3. Diabetes sykdommer

Diabetes er en kronisk stoffskiftesykdom. Diabetes er en samlebetegnelse på ulike årsaker til insulinresistens, og/eller nedsatt/fraværende insulinproduksjon. Jeg har i denne oppgaven valgt å ta for meg alle insulinkrevende diabetessykdommer, altså de sykdommene hvor personens insulinproduksjon er nedsatt eller totalt opphørt, og hvor tilførsel av insulin er nødvendig (Sagen, 2011). Det vil være ulike årsaker til fravær av insulinproduksjon. Den vanligste insulinkrevende diabetessykdommen er diabetes melitus type 1. Denne sykdommen kan i sjeldne tilfeller av genetiske årsaker debutere i voksen alder, men ettersom den som regel oppstår i ung alder, og min oppgave dreier seg om voksne mennesker med nyoppdaget diabetes, vil jeg ikke gå mer inn på denne typen diabetes. (Os & Birkeland, 2012; Mosand & Stubberud, 2011).

Diabetes melitus type 2 er den vanligste formen av diabetes. Den er i utgangspunktet ikke insulinkrevende, men insulinresistent. Det vil si at insulinproduksjonen i utgangspunktet er velfungerende, men at kroppen ikke fullstendig nyttiggjør seg av den. Blodsukkeret vil da kunne reguleres med adekvat kosthold og mosjon. Dersom man går med en ubehandlet diabetes type 2 over lenger tid vil derimot produksjonen av insulin kunne avta, og personen vil kunne ha behov insulintilførsel, selv om diagnosen er diabetes type 2. Det er de sistnevnte tilfellene jeg vil ta for meg i denne oppgaven

Spesielle diabetestyper kan skyldes andre sykdommer/tilstander i kroppen som har innvirkning på insulinproduksjonen og/eller kroppens følsomhet for insulin. Årsaker til dette kan være er infeksjonstilstander eller cancer i pankreas, svangerskapsdiabetes eller genetiske defekter på betacellene. Overforbruk av visse kortisonpreparater kan også utløse en type diabetes (Sagen, 2011; Mosand & Stubberud, 2011; Felleskatalogen, 2014).

Personer som går med et dårlig regulert blodsukker over lengre tid vil være utsatt for en del senkomplikasjoner. De mest vanlige er nevropati, nefropati, retinopati, aterosklerose og øvrige hjerte – karsykdommer. For å forebygge dette er hyppig blodsukkerkontroll og nøyaktig insulindosering nødvendig (Mosand & Stubberud, 2011; Os & Birkeland, 2012).

### 3.4. Insulin og administrering av medisiner

Insulin brukes til å senke blodsukkeret hos personer med diabetes. Ønskelige blodsukkerverdier er 4 – 6 mmol. fastende. Høyere verdi kan godtas hos personer med diabetes type 1, for å unngå nattlig hypoglykemi. Blodsukkeret bør ligge på 4 – 10 mmol. ikke fastende. Og HbA1c (langtidsblodsukker) under 7%.

Insulin er et lite protein som produseres i de Langerhanske øyer i pankreas. Insulinet bidrar til økt opptak av glukose i kroppens celler og i omdanningen av glukose til glykogen. Dette bidrar til at blodsukkeret synker. Insulin bidrar også i omdannelsen av fett og proteiner. Insulin er altså et livsnødvendig protein som bidrar til at kroppen kan nyttiggjøre seg av energien vi tilfører gjennom mat (Taraldsen & Sjaastad, 2006; Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). Dersom insulinproduksjonen eller insulinets funksjon svekkes eller opphører som ved diabetes er det derfor viktig å tilføre dette proteinet mekanisk. Mesteparten av det insulinet som brukes i dag er genmanipulerte gjærceller eller bakterier. Det finnes både hurtigvirkende og langtidsvirkende insulin på markedet og mange vil ha behov for en kombinasjon av disse, for å best kunne justere blodsukker ut ifra varierende måltider og aktivitet (Mosand & Stubberud, 2011).

### 3.5. Å leve med diabetes

Hvordan en person reagerer på å få diagnosen diabetes vil være svært individuelt, og det vil avhenge av den forøvrigte livssituasjonen personen befinner seg i. Mange personer vil oppleve en form for sorg over tap av helse når de først får diagnosen. Dette vil kunne føre til at de tar avstand til den nye diagnosen og til behandlingen som følger ved (Torgauten, 2011; Allgot, 2011). I følge Rokne (2011) er om lag 80% av personer med diabetes er tilfreds med sin livssituasjon og opplever et meningsfylt liv. Det viser seg at det er en viss sammenheng mellom metabolsk kontroll (HbA1c) og opplevelse av livskvalitet. Det kommer frem at en dårlig metabolsk kontroll kan ha en negativ innvirkning på opplevelsen av god livskvalitet og psykisk velvære. Om personen er rammet av en langtidskomplikasjon av diabetes vil det også kunne redusere livskvaliteten, men dette vil være svært individuelt (Rokne, 2011). Slik jeg ser det ut

ifra dette er mulighetene for å leve et godt og meningsfylt liv med en diabetesdiagnose absolutt er tilstede, men en god regulering av blodsukkeret vil kunne ha en innvirkning både på kortere og lengre sikt.

I tillegg til tidligere presenter litteratur og forskning har jeg også valgt å trekke inn utdrag fra samtaler jeg har hatt med tre personer med diabetes for å få et dypere innblikk i deres erfaringer. I følge Kneck, Klang og Fagerberg (2011) er nettopp erfaringer fra personer som selv lever med diabetes en god kilde til kunnskap, men jeg vil understreke at informasjon som kommer frem av samtalene vil bli benyttet på lik linje som erfaringer fra praksis, og at jeg skiller dette fra annen litteratur og forskning jeg benytter. Personene jeg har snakket med faller alle innunder målgruppen for min oppgave. Dette er private kontakter, som har alle en insulinavhengig diabetes. Grunnet krav om egen anonymitet i bacheloroppgaven er personene også anonymiserte i denne oppgaven.

På spørsmål om i hvilken grad de følte mestring i forhold til sin sykdom i dag var det ganske sammenfallende svar ved at de alle svarte at de mestret sykdommen sin greit i hverdagen, to av dem uttrykket at ”man sprekker av og til”. De siktet da til uteblitte glukosemålinger, eller dårlig tilpasset insulin dose, spesielt ved økt inntak av raske karbohydrater. Jeg ønsket også å få vite hva disse personene mente om tilbudet for oppfølging som fantes i kommunene, og deres mening om opplæring og oppfølging i etterkant av diagnostisering. De tre har blitt diagnostisert og fått sin første opplæring ved to ulike, offentlige sykehus på Østlandet. En av dem uttalte: ”Man får jo opplæring, men det er det å komme hjem og skulle gjøre det uten at noen ser på som er skummelt. Jeg er jo ikke akkurat lege”. De var alle tre klar over mange oppfølgingstilbudene som fantes i kommunen, men kun en av dem hadde benyttet seg av det. Videre i samtalene kom det frem at frykten for senkomplikasjoner var for dem alle tre den største motivasjonen til å holde et stabilt blodsukker. En uttalte også under samtalen at det å gå igjennom hverdagen med et uregulert blodsukker var så ubehagelig, at det nesten var umulig. Frykten for senkomplikasjoner ble også trukket frem av to av dem som den største belastningen ved å ha diabetes. Av forandringer i livet kom det fram ulike erfaringer. En av dem mente det hadde hatt en positiv innvirkning på hennes liv, da det var en ”oppvekker” på at hun måtte legge om livsstil. Det hadde ført til at hun var mer opptatt av korrekt kosthold og mosjon. For en annen hadde det ført til at han hadde mer

engstelse i livet, noe som opplevdes som begrensende. Han trakk frem at bare frykten for en liten forkjølelse var mye større, da en liten infeksjon ville føre til ekstra komplikasjoner og ”stress” med blodsukkerreguleringen. Frykten for senkomplikasjoner og fremtid ble også beskrevet som en forandring i livet hans. Videre beskrev en at det å måle blodsukker og sette insulin blant andre var flaut, og gjorde at han av og til utsatte det til han var alene (Personlig kommunikasjon, 17. Januar, 2014).

### 3.6. Sykepleie ved nyoppdaget diabetes

Jeg vil her ta for meg sykepleie til personer med nyoppdaget diabetes, etter en eventuell kritisk og livstruende fase. Dersom personen blir lagt inn for første gang med en alvorlig hyperglykemisk tilstand, vil det selvsagt være nødvendig at sykepleier, sammen med øvrig helsepersonell tar ansvar for stabilisering og livreddende tiltak først (Mosand & Stubberud, 2011).

Erfaringer fra andre sykdommer er ofte at behandlingen er helsepersonellens oppgave, og at man som pasient kun skal la seg lege, sykepleier vil da ha en totalt kompenserende rolle (Orem, 2001; Zoffmann, 2012). Dette er en strategi som fungerer i mange tilfeller, da det er en kvalitetssikring at det medisinske overlates til profesjonelle. Dette vil imidlertid pasifisere pasienten. Personer som har diabetes er selv å anse som behandlere, og målet er at de skal opparbeide seg kunnskap og erfaringer slik at de selv blir profesjonelle på egen kropp og sykdom. Totalt kompenserende sykepleie vil derfor fungere mot sin hensikt når man behandler personer med nyoppdaget diabetes. Personen må så snart som mulig innta rollen som ”ekspert under veiledning”. Det er viktig at denne rollefordelingen avklares fra første stund når en person får diagnosen. Om personen med nyoppdaget diabetes blir behandlet som, og selv oppfører seg som en passiv pasient som kun skal la seg lege, vil dette være vanskelig å snu senere (Allgot, 2011).

Zoffmann (2012) beskriver to motivasjonsformer, hvor den ene er basert på autonomi og den andre formen er basert på kontroll. Når sykepleier forteller personen at han må måle blodsukkeret er dette en form for motivasjon, men da en motivasjonsform som

baseres på kontroll. Målingene vil da ofte preges av ulyst, men utføres for å unngå skyldfølelse ovenfor sykepleier. Personer som motiveres på denne måten vil ofte utvikle motstand mot å utføre målinger, og det vil prege relasjonen til helsepersonell negativt. Det vil i ytterste konsekvens føre til at målingene uteblir, noe som igjen vil kunne føre til dårlig samvittighet og skyldfølelse ovenfor helsepersonell, og en ytterligere større avstand skapes mellom til helsepersonellet (Zoffmann, 2012). Jeg mener dette beskriver godt viktigheten av sykepleiers oppgave i å være bevisst sin kommunikasjon i motivasjons/undervisnings – situasjoner. Et viktig tiltak i kommunikasjonssituasjonen er å unngå stigmatiserende ord som ”diabetiker” eller ”pasient”, da disse ordene kan virke sykliggjørende, og frata personen eierskap til seg selv og egen sykdom. Opplæring og undervisning skal ikke gi absolutte retningslinjer som personen må plikte seg til å følge. Hensikten med undervisning/veiledning til personer med diabetes er å gi dem en god sykdomsinnsikt, og gode ferdigheter, slik at de på denne måte selv kan fatte beslutninger til det beste for egen helse (Allgot, 2011; Zoffmann, 2012). Dette samsvarer med Orems (2001) tanker om egenomsorg, og at sykepleiers hensikt er å styrke personers egenomsorg. I følge Zoffmann og Kirkevold (2009) sin studie er det at sykepleier og personen med diabetes har en felles oppfatning av hva sykdommen har å si for personen selv en nødvendig forutsetning for at undervisning og veiledning skal være effektiv. For å oppnå dette er det nødvendig med både felles og individuell refleksjon for personen selv, og for sykepleier. Dette vil gi mer meningsfulle og innholdsrike samtaler og læringssituasjoner.

## 4. Drøfting

Jeg vil i dette kapittelet drøfte tidligere presentert litteratur opp imot hverandre, samt trekke frem egne synspunkt og erfaringer for å se nærmere på hvordan sykepleier kan bidra til at personer med nyopplaget diabetes kan gjenopprette sin egenomsorg. Jeg har valgt å begynne med å drøfte diabetesbehandlingen på et samfunnsøkonomisk og mer overordnet nivå. Dette da jeg mener sykepleiers rolle og handlinger bør sees i forhold til et samfunnsøkonomisk perspektiv, for å på denne måte kunne bidra til et bærekraftig helsevesen. Deretter ønsker jeg å belyse ulike sider av hvordan det er for enkeltmennesket å leve med diabetes i hverdagen. Jeg avslutter dette kapittelet med å drøfte sykepleiers rolle og arbeidsoppgaver, samt aktuelle tiltak i lys av Orems teori og tidligere anvendt litteratur.

### 4.1. Diabetesbehandling i et samfunnsøkonomisk perspektiv

Med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) 2009) er fokuset nå økt på å flytte en del av behandlingen ut i kommunene, og som tidligere nevnt fører det til at personer skrives tidligere ut fra sykehuset for å få et behandlingstilbud i kommunene. En del av opplæringen vil da bli flyttet ut i kommunene. Jeg ser en samfunnsøkonomisk gevinst ved dette, da det koster gjennomsnittlig 5000 kr. per liggedøgn i et somatisk sykehus. Det samfunnsøkonomiske aspektet er også en av hensiktene ved å få ned antall liggedøgn på sykehus i følge samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) 2009). I studien utarbeidet av Kneck, Klang og Fagerbergs (2011) kommer det imidlertid frem at det er viktig at personen som får diagnosen også får undervisning om sykdommen og behandlingen så tidlig som mulig, for å på den måten kunne utvikle eierskap til sykdommen. Dersom personen ikke får tilstrekkelig kunnskap allerede tidlig etter diagnostisering, vil sjansen øke for at personen tar avstand til diagnosen og behandlingen (Torgauten, 2011; Allgot, 2011). Ettersom en del av tilbudene som finnes i kommunen er noe man selv må oppsøke, ser jeg at det krever at personen ikke har tatt avstand til sykdommen, men tvert i mot allerede har et eierskap og et ønske om å mestre. Av de personene jeg har snakket med var det kun en som hadde valgt å benytte seg av andre tilbud enn kontroll hos fastlegen. Jeg ser det som et viktig tiltak at sykepleier motiverer personer med diabetes til å oppsøke gruppebaserte undervisninger,

og tilrettelegger for en god overgang ut i kommunens tilbud. Det er i følge Orem (2001) sykepleiers oppgave å legge til rette for vekst og utvikling. I følge Deakin, McShane, Cade og Williams (2009) vil gruppebasert undervisning være gunstig, da det viser seg å ha svært god innvirkning på både Hba1c, blodtrykk og vekt. Slik jeg ser det vil det kunne føre til færre reinnleggelser, og faren for tidlige langtidskomplikasjoner synker. Dette er å se på som samfunnsøkonomisk gunstig og et ønske i følge samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009), 2009). En mer stabil Hba1c vil også kunne bidra til en bedre livskvalitet for personer med diabetes (Deakin, McShane, Cade & Williams, 2009).

Jeg vil også påpeke at jeg finner det påfallende at det kommer frem av samhandlingsreformen (2001) at hver tredje nye bruker av omsorgstjenesten blir reinnlagt på sykehus, og at det på samme tid er et økt fokus på at personer skal fortere ut i kommunens omsorgstjeneste. Jeg ser at dette også kan være en konsekvens av at mennesker med mer komplekse sykdomstilstander får tilbud i kommunene, og det kan være forventet at de kommer til å behøve reinnleggelse. Jeg vil allikevel stille spørsmålstegn ved at det å skrive personer tidligere ut fra sykehus blir ansett som et satsningsnivå, når hyppige reinnleggelser samtidig blir påpekt som et problem. I følge sthf (2013) er det lege, i samråd med annet helsepersonell sitt ansvar å avgjøre når personen er utskrivningsklar. Legen vil da vurdere når personens sykehuskrevende medisinske behandling er ferdig for så å vurdere utskrivning. Av egen klinisk erfaring ser jeg at det ofte er den medisinske behandlingen som ligger til grunn for å avgjøre om personen er klar for utskrivning eller ikke. Etter hva jeg tidligere har presentert av litteratur kan man se diabetes er en sykdom som krever mye av personen som har fått diagnosen. Det krever som nevnt et høyt kunnskapsnivå om diagnosen, samt en følelse av eierskap til egen kropp og sykdom. Dette er slik jeg ser det også en viktig del av den helhetlige behandlingen, og en del som faller under sykepleiers ansvars og kompetanseområder. Jeg ser det derfor som sykepleiers ansvar å kartlegge og avgjøre om personen er ferdig sykepleiebehandlet før utskrivning, for å på denne måten kunne legge til rette for at egenomsorgen blir gjenopprettet. Jeg anser det også som et forebyggende tiltak for reinnleggelser, og derfor også som et samfunnsøkonomisk gunstig tiltak.

## 4.2. Diabetes i hverdagen

I følge Kneck, Klang og Fageberg (2011) vil det å få diagnosen diabetes kunne være emosjonelt overveldende, og det er derfor viktig at sykepleier gir emosjonell og psykisk støtte. Dette er også noe som sammenfaller godt med Orems (2011) hjelpemetode ”å støtte”. Personer med en nyopplaget diabetes har også gått ubehandlet med sin diabetes frem til diagnostisering. Det vil altså øke sannsynligheten for at mange har gått med et dårlig regulert i kortere eller lengre tid før de oppsøkte helsevesenet. Dersom diabetesen er utløst av en akutt tilstand eller skade, vil de ikke nødvendigvis ha gått med et dårlig regulert blodsukker lenge. Dersom de har gått rundt med en høy HbA<sub>1c</sub>, vil dette allerede kunne ha påvirket deres livskvalitet. Dette da en forhøyet HbA<sub>1c</sub> som tidligere nevnt vil kunne ha en negativ innvirkning på personens opplevelse av psykisk velvære og livskvalitet (Rokne, 2011). Tjelto og Holsen (2013) beskriver viktigheten av at personer med diabetes får en god sykdomsinnsikt og kunnskap kroppens reaksjoner på sykdommen. Jeg ser det derfor som et godt sykepleietiltak å undervise personer med diabetes om at en forhøyet HbA<sub>1c</sub> vil kunne ha ført til en nedsatt livskvalitet, dersom dette er noe de har gått og kjent på. Økt kunnskap om sykdommen og en bedre sykdomsinnsikt vil da kunne gjøre hverdagen og den nye livssituasjonen mer forståelig og håndterbar (Kneck, Klang & Fagerberg, 2011), og slik jeg ser det kunne gi et håp om forandring ved rett behandling. Jeg vil med dette påpeke den langsiktige innvirkningen en god sykepleiebehandling kan ha for personen som nettopp har fått diagnosen diabetes.

## 4.3. Sykepleie til personer med nyopplaget diabetes

Jeg har valgt å benytte meg av Orems (2001) problemløsende metode i denne delen av drøftingen. Dette kapitlet er derfor delt inn i tre underkapitler i henhold til hennes ulike faser av den problemløsende metoden.



#### 4.3.1. Første fase: Kartlegging

Orem (2001) beskriver sykepleiers problemløsende metode i tre faser. Første fase dreier seg om å innhente data og på denne måte kartlegge ressurser og behov for sykepleie. Hvordan personen reagerer på å få diagnosen vil være varierende (Torgauten, 2011; Allgot, 2011). Jeg ser derfor viktigheten av at sykepleier kartlegger det individuelle behovet for støtte tidlig, for å kunne møte personen der han/hun er. Videre beskriver Orem (2001) at det er sykepleiers ansvar å kartlegge hvor den eventuelle egenomsorgssvikten ligger. Som tidligere nevnt i oppgaven er min erfaring at mange var redde for å sette feil dose, usikker på bruken av utstyr og/eller hadde begrenset sykdomsinnsikt og derfor ikke forstod viktigheten av korrekt medisinerings. Slik jeg ser det i forhold til Orem (2001) sin teori vil dette være eksempler på årsaker til svikt i egenomsorgen. I forhold til den gruppen jeg fokuserer på i min oppgave, vil dette være nødvendige punkter å kartlegge. Videre har jeg også beskrevet denne persongruppen som ellers mentalt og funksjonsfriske, jeg ser dette som ressurser som også bør kartlegges av sykepleier for å kunne iverksette relevante tiltak.

#### 4.3.2. Andre fase: Sykepleiesystem

Fase to i Orems (2001) problemløsende metode omhandler å plassere personen i et sykepleiesystem. Dette gjøres etter at personens ressurser og den eventuelle egenomsorgssvikten er kartlagt, og man tydelig kan se hvor behovet for sykepleie ligger. Som tidligere nevnt omhandler min oppgave personer med gode ressurser og forutsetninger for å gjenoppta total egenomsorg. Systemet jeg ser som relevant for sykepleier å arbeide med vil derfor være det undervisende og støttende systemet. At dette er et egnet sykepleiesystem i en slik situasjon kan sees i forhold til Kneck, Klang og Fagerberg (2011) sine funn som sier at kunnskap om sykdommen ser ut til å være avgjørende for hvordan personen lærer seg å takle diabetes i hverdagen. Dette gjør at jeg ser sykepleiers undervisende funksjon som svært viktig. Det påpekes også i samme artikkel viktigheten av emosjonell og psykisk støtte, noe jeg mener bekrefter at dette er et godt egnet sykepleiesystem å arbeide under i en slik situasjon.

### 4.3.3. Tredje fase: Hjelpemetoder og tiltak

I den tredje fasen skal systemet ledes og sykepleier kan vurdere hvilke hjelpemetoder som er nødvendig, og ut ifra dette utarbeide relevante tiltak. Hun beskriver i sin teori blant annet hjelpemetoden ”å støtte”. Kneck, Klang og Fagerberg (2011) sin studie som beskriver som tidligere nevnt viktigheten av emosjonell og psykisk støtte. De understreker også viktigheten av at dette skjer i en tidlig fase, da fasen like etter diagnostisering beskrives som utfordrende og overveldende for mange. Jeg ser derfor viktigheten av vurdering av og eventuelt utarbeiding og iverksetting av tiltak under hjelpemetoden ”å støtte” blir gjort tidlig i forløpet.

I følge Tjelta og Holsen (2013) var det en ressurs for personer med diabetes å få snakke med andre mennesker med den samme sykdommen, for å på den måten kunne lære av hverandres erfaringer. I følge Orem (2001) er det sykepleiers ansvar å legge til rette for vekst og utvikling. Jeg vil derfor anse det som en sykepleieroppgave å tilrettelegge for gruppesamtaler og erfaringsutveksling. På bakgrunn av egen klinisk erfaring fra sengepost, kan jeg se store utfordringer ved at sykepleier alene kan tilrettelegge for dette en vanlig dag på sengepost. Dette både med tanke på tid sykepleier har til rådighet, kapasitet i forhold til ledige rom på et sykehus, og problematisk å avtale tidspunkt med tanke på legevisitt, utskrivningssamtaler og annet som foregår på en sykehusavdeling. Sykepleiers oppgave på sengepost vil da, slik jeg ser det være å informere om gruppetilbudene som finnes. Kneck, Klang og Fagerberg (2011) kom derimot frem til noe annet i sin studie, og beskriver at råd om diabetes fra profesjonelle ble satt høyere enn råd og erfaringer fra andre. Slik jeg ser det vil altså gruppebasert undervisning ledet av profesjonelle kunne være en god løsning. På denne måten vil personer som deltar på kurset kunne dra nytte av andres erfaringer, men samtidig kunne føle seg trygge på at eventuell feilinformasjon vil bli korrigert av en profesjonell. Sykepleiers ansvar på sengepost vil, slik jeg ser det være å anbefale og eventuelt formidle kontakt med egnede gruppetilbud i personens hjemkommune. For dette kan gjøres ser jeg viktigheten av at sykepleier sørger for at personen allerede har tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap og utviklet et eierskap til sykdommen. Dette da det som tidligere nevnt er en forutsetning for at personen på oppsøker disse frivillige tilbudene på egenhånd etter hjemkomst. Spesialisthelsetjenesteloven (1999) fastslår at opplæring og undervisning er et av sykehusets viktigste oppgaver. Ettersom samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008 –

2009) 2009) fokuserer på å flytte en del av behandlingen ut i kommunen og tilrettelegge for færre liggedøgn på sykehuset, ser jeg det derfor som sykepleiers ansvar å tilrettelegge for videre opplæring utenfor sykehuset, dersom personen ikke har nok liggedøgn på selve sengeposten til å få tilstrekkelig undervisning.

For å oppnå en god læringssituasjon er det i følge Allgot (2011) viktig at personen som har fått diagnosen inntar rollen som ”behandler” så tidlig som mulig. Personer som har ellers svært gode ressurser til å oppnå total egenomsorg, kan i følge Orem (2001) bli plassert i et støttende og undervisende sykepleiesystem. Personene jeg beskriver i denne oppgaven passer innunder et slikt system, da de slik jeg ser det kun mangler kunnskap, motivasjon og ferdigheter til å oppnå egenomsorg. Sykepleiers kompenserende rolle ovenfor disse personene blir derfor å viderefremme sine kunnskaper om sykdommen og behandling, samt å bruke sine kommunikasjonsferdigheter for å styrke personens egenmotivasjon. For at en slik prosess skal være vellykket er det i følge Zoffmann og Kirkevold (2009) viktig at både sykepleier og personen selv bruker tid på refleksjon. Refleksjonen bør skje både i felleskap, men også egenrefleksjon. Dette vil føre til en mer åpen dialog dem to imellom, men også en bedre sykdomsinnsikt hos personen selv. En større åpenhet i samtaler vil, slik jeg ser det kunne føre til mer ”matnyttige” samtaler. Personen som har fått diabetesdiagnosen vil da kunne få mer ut av hver enkelt samtale, og man vil kunne unngå at personen blir avhengig av å bruke mye tid på mange unyttige samtaler. Jeg anser dette som økonomisk gunstig da det blir en god utnyttelse av helsevesenets ressurser. Jeg vil også se det som gunstig for personens livskvalitet da han fortere kan få svar på sine spørsmål og på den måten bli tryggere på seg selv som ”behandler”, og mindre avhengig av helsevesenet i det daglige.

## 5. Konklusjon

Jeg ønsket i denne oppgaven å besvare hvordan sykepleier kan bidra til at personer med nyoppdaget diabetes gjenoppretter egenomsorg. Jeg har i denne oppgaven valgt å se på den samfunnsøkonomiske aspektet ved min problemstilling. Jeg mener, som tidligere nevnt at dette er svært viktig for å opprettholde et bærekraftig helsevesen. Et bærekraftig helsevesen hvor vi på best mulig måte utnytter vår kapasitet og våre ressurser vil komme pasienter og brukere av helsevesenet til gode, og jeg ser det som et overordnet sykepleietiltak å alltid ha et samfunnsøkonomisk tilnærming sitt arbeid. Dette da jeg mener at et solid og bærekraftig helsevesen er en forutsetning for at sykepleier kan gi god pleie, og dermed bidra til at personer gjenoppretter sin egenomsorg. Jeg har allikevel sett at politiske mål og økonomiske ønsker av og til kan gå på bekostning av personer som benytter seg av helsevesenets tjenester. Jeg ser det derfor som en nødvendighet at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om sykdommen til den enkelte og kartlegger grundig den enkeltes behov, for å på denne måten kunne prioritere ressurser og tid.

Jeg har videre sett at ved å benytte seg av den problemløsende metoden hentet fra Orem (2001) vil sykepleier på en god og systematisk måte kunne kartlegge personens egenomsorgssvikt og sette inn aktuelle tiltak slik at en optimal egenomsorg kan gjenoprettes. Dette krever slik jeg ser det at sykepleier allerede innehar aktuell kunnskap om både patofysiologiske prosesser, korrekt medisinsk behandling, og aktuelle psykiske reaksjoner, så vel som gode evner til å innhente adekvat data om den aktuelle personen. En sykepleier som innehar disse kvalitetene og kunnskapene vil, slik jeg ser det kunne igangsette aktuelle tiltak som for å kunne hjelpe personen tilbake til en hverdag med total egenomsorg. Personer med diabetes har, som tidligere nevnt ulike forutsetninger, og jeg anser det derfor som sykepleiers ansvar å kartlegge og avgjøre om personen er ferdig sykepleiebehandlet etter første opphold på sengepost, da jeg ser dette som en forutsetning for å gjenopprette egenomsorg.

## Litteraturliste:

- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I: A., Skafjeld, & M. Graue (Red.). *Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Deakin, T. A., McShane, C. E., Cade, J. E. & Williams, R. (2009). Group based training for self – managment strategies in people with type 2 diabetes melitus. *The cochrane collaboration*.
- Felleskatalogen (2014). Cortison Takeda Nycomed. Hentet 05. September 2014 fra <http://www.felleskatalogen.no/medisin/cortison-takeda-nycomed-547662>
- Fhi (2014a). 09. *Basale smittevernrutiner i helsetjenesten – veileder for helsepersonell*. Hentet 02. September 2014 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6493&Main\\_6157=6287:0:25,5499&MainContent\\_6287=6493:0:25,6832&Content\\_6493=6441:82615::0:6446:9:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5499&MainContent_6287=6493:0:25,6832&Content_6493=6441:82615::0:6446:9:::0:0)
- Fhi (2014b). *Fakta og helsestatistikk om diabetes*. Hentet 28. August 2014 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5862&MainContent\\_6263=6464:0:25,5863&List\\_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0)
- Forsberg, C & Wengstrøm, Y. (2008). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfattarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Green, A. & Kyvik K. O. (2012). Epidemiologi. I: J. Hilsted, K. B. Johnsen & J. S. Christiansen (red.). *Diabetes, sykdom, behandling og organisation*. København: Munksgaard.

Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.

Helse – og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. Hentet 9. September 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov+om+kommunale+helse+og>

Kirkevold M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal

Kneck, Å., Klang, B. & Fageberg, I. (2011). Learning to live with illness: experience of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of caring sciences*. 25: 558 – 566.

Mosand, R. D. & Stubberud, D.G. (2011). Sykepleie ved diabetes melitus. I: H., Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner, I: S., Næss, T., Moum & J., Eriksen (Red.). *Livskvalitet: Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

Os, I. & Birkeland, K. I. (2012). Endokrine sykdommer. I: S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes, O. Røise & D. Jacobsen (Red.). *Sykdomslære; Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter. Hentet 9. September 2014 fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3)

PPS (2013). *Administrering av insulin med insulinsprøyte*. Hentet 02. September 2014 fra <https://diakonova.itslearning.com/LearningToolElement/ViewLearningToolElement.aspx?LearningToolElementId=26877>

Rokne, B. (2011). Livskvalitet ved kronisk sykdom. I: A., Skafjeld, & M. Graue (Red.). *Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.

Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I: A., Skafjeld, & M. Graue (Red.). *Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre. I: N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet 15. September 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov+om+spesialisthelsetjenesten>

Sthf.no (2014). Delavtale 4.3.2. Hentet 1. Oktober 2014 fra [www.sthf.no/SiteCollectionDocuments/Samhandling/Avtaler/Delavtale%20%203%202%20Utskrivning%20fra%20sykehus.pdf](http://www.sthf.no/SiteCollectionDocuments/Samhandling/Avtaler/Delavtale%20%203%202%20Utskrivning%20fra%20sykehus.pdf)

St.meld. nr. 47. (2008 – 2009). 2009. *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 01. September fra [www.regjeringen.no/pages/.../STM200820090047000DDDPDFS.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/.../STM200820090047000DDDPDFS.pdf)

Tjelta, M. & Holsen, I. (2013). Det går an å mestre det ved å gå på sånne kurs som dette her: Grupperbasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(3), 193 – 205.

Torgauten, J. O. A. (2011). Følelsesmessige reaksjoner ved type 1 – diabetes. I: A., Skafjeld, & M. Graue (Red.). *Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.

Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk; samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

WHO (2013). *Diabetes*. Hentet 28. August 2014 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

Zoffmann, V. (2012) At uddanne til livet med diabetes. I: J. Hilsted, K. B. Johnsen & J. S. Christiansen (red.). *Diabetes, sygdom, behandling og organisation*. København: Munksgaard.

Zoffmann, V. & Kirkevold, M. (2009). En personcentreret kommunikations – og refleksionsmodel: Fælles beslutning i plejen af patienter med kroniske sygdomme. *Klinisk sygepleje*, 23 (3) 41 – 60.