



Diabetes type 2

Hvordan kan undervisning og veiledning fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med diabetes type 2?

Type 2 diabetes

How can education and guidance promote self-care to elderly people with type 2 diabetes living at home?

Kandidatnummer: 89 & 76

VID vitenskapelige høgskole

Campus Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BISB 2019

Antall ord: 10 581

Dato 01.04.2022

Sammendrag

Bakgrunn: For å oppnå god glykemisk kontroll ved diabetes mellitus type 2, krever det at pasienten har interesse for, og opprettholder, god egenomsorg. En faktor for at pasienten klarer dette, er god veiledning og informasjon fra helsepersonell. Vi vil i denne litteraturstudien undersøke hvordan veiledning og undervisning kan fremme egenomsorg.

Problemstilling: Hvordan kan undervisning og veiledning fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med diabetes type 2?

Metode: Oppgaven er basert på forsknings-og faglitteratur, samt egne erfaringer fra praksis. Vi har benyttet systematisk litteratursøk som metode for å undersøke hvordan undervisning og veiledning kan føre til bedre egenomsorg. Vi ønsket med denne metoden å samle inn data rundt både pasientenes og helsepersonellens erfaringer og kunnskap rundt sykdommen.

Funn: Hovedfunnene er at undervisning og veiledning kan fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2. Dette forutsetter at både sykepleier og pasient får undervisning og veiledning, og at sykepleierne fremmer pasientenes grad av empowerment. I tillegg må sykepleier forholde seg til lovverk som styrer hjemmebaserte tjenester og bruke pårørende som medvirkende i pasientens egenomsorg.

Konklusjon: Ved å styrke pasientens empowerment er pasientene mer mottakelige for veiledning og undervisning som videre fremmer egenomsorg. Dette krever at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap og nok tid, og ikke-dømmende holdninger.

Nøkkelord: Diabetes type 2, kronisk sykdom, hjemmebaserte tjenester, hjemmesykepleien eldre, veiledning, utdanning, pasientopplæringsprogrammer, egenledelse, egenomsorg, sykepleie og kvalitativ forskning.

Summary

Background: In order to achieve good glycemic control in the chronic disease type 2 diabetes, it requires that the user has an interest in, and maintains, good self-care. One factor for the user to be able to do this is good guidance and information from healthcare professionals. In this thesis, we will investigate how guidance and teaching can promote self-care.

Thesis statement: How can education and guidance promote self-care to elderly people with type 2 diabetes living at home?

Method: The thesis is based on research literature and academic literature, as well as relevant experiences from practice. We used professional literature search as a method, as we wanted to collect data about both the patient's and the health care personnel's experiences and knowledge about the disease, to further improve teaching and guidance.

Findings: Guidance and teaching can promote self-care in elderly people living at home with type 2 diabetes mellitus, with certain conditions. Teaching and guidance to nurses and patients, promoting empowerment to patients, complying with legislation that governs home-based services and using relatives as an impact on the patient's self-care are key findings in the thesis.

Conclusion: By strengthening the patient's empowerment, the patient is more receptive to guidance and teaching that further on promotes self-care. This requires that the nurse has sufficient knowledge, non-judgmental attitudes, and enough time.

Key words: Type 2 diabetes, chronic illness, home-based services, home nursing, elderly people, guidance, education, patient education programmes, self-management, self-care, nursing, and qualitative research.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1. Innledning | 5 |
| 1.1 Bakgrunn..... | 5 |
| 1.2 Problemstilling | 5 |
| 1.3 Avgrensing av problemstilling..... | 6 |
| 2. Metode..... | 6 |
| 2.1 Litteraturstudie som metode | 6 |
| 2.2 Søkeprosess..... | 7 |
| 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 7 |
| 2.4 Ethiske overveielser..... | 8 |
| 2.5 Analyse..... | 8 |
| 2.6 Kildekritikk | 8 |
| 3. Presentasjon av aktuell teori og faglitteratur | 9 |
| 3.1 Dorothea Orems egenomsorgsteori..... | 9 |
| 3.2 Joyce Travelbee | 10 |
| 3.3 Eldre pasienter med diabetes mellitus type 2 | 11 |
| 3.4 Aktuelle lovverk som styrer hjemmebaserte tjenester..... | 12 |
| 3.5 Pårørendes rolle..... | 14 |
| 3.6 Sykepleiens pedagogiske funksjon | 14 |
| 3.7 Motivasjonsteori og Empowerment..... | 15 |
| 3.8 Yrkesetiske retningslinjer | 17 |
| 4. Resultat | 17 |
| 4.1 Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway | 18 |

| | |
|--|----|
| 4.2 Assessing helpful and harmful family and friend involvement in adults`type 2 diabetes self-management..... | 19 |
| 4.3 Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being..... | 20 |
| 4.4 Health Education Competence, Self-Management..... | 21 |
| 4.5 Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study..... | 22 |
| 4.6 Patients` perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark..... | 23 |
| 5. Hvordan kan veiledning og undervisning fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2? | 24 |
| 5.1 Utfordringer med undervisende sykepleiesystemer i hjemmebaserte tjenester..... | 24 |
| 5.2 Hvordan fremme empowerment hos eldre med diabetes mellitus type 2..... | 27 |
| 5.3 Hvordan forene hverdagen i hjemmebaserte tjenester med ideell praksis..... | 30 |
| 5.4 Hvordan pårørende kan spille en rolle i pasientens egenomsorg | 33 |
| 5. Konklusjon..... | 36 |
| 6. Litteraturliste | 38 |

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Befolkningen øker og det samme gjør forekomsten av eldre voksne med diabetes mellitus type 2 [DM2]. Dette er en utbredt og kronisk hormonmanglesykdom som assosieres med tidlig død og sykelighet. Globalt har 1 av 11 personer fått diagnosen diabetes mellitus per 2021, hvorav 90 % har diabetes mellitus type 2. Nesten halvparten av alle tilfeller av diabetessykdom består av eldre voksne, definert som voksne på 65 år og oppover (Bellary et al., 2021, s. 534). Den økte forekomsten kan ha flere årsaker, blant annet økt levealder, økende inntak av sukker og fett, mangel på fysisk aktivitet og bedre diagnostikk (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54).

Eldre hjemmeboende pasienter med diabetes type 2 er en økende pasientgruppe i hjemmebaserte tjenester (Folkehelseinstituttet, 2020). Denne pasientgruppen er uten kontinuerlig tilsyn fra helsepersonell og må stor deler av dagen mestre sykdommen selv.

Diabetes mellitus type 2 er en livsstilssykdom som pasienten må leve med resten av livet og daglig ta ansvar for. For å hindre senkomplikasjoner, som i verste fall kan føre til tidlig død, kreves det at pasienten har god innsikt og kunnskap om sykdommen samt reguleringen av denne. Dette kan fremmes gjennom god egenomsorg (Rokne, 2011, s.162). Som sykepleier i hjemmebaserte tjenester har man gjennom veiledning og undervisning muligheten til å øke pasientens egenomsorg. Det finnes mange utfordringer innen dette feltet, hvor vi med denne litteraturstudien ønsker å undersøke hvordan undervisning og veiledning ved sykdommen kan fremme egenomsorg (Mosand & Stubberud 2016, s.54-55).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan undervisning og veiledning fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Det brukes ulike begreper om det å yte helsetjenester i hjemmet. Eksempelvis er «hjemmebaserte tjenester», «hjemmesykepleie» og «helse- og omsorgstjenester i hjemmet» tre hyppige brukte begreper. Gjennom oppgaven veksler vi noe i bruken av disse begrepene, men benytter oss for det meste av begrepet «hjemmebaserte tjenester» om de kommunale helse-og omsorgstjenestene som ytes i hjemmet. Det finnes også flere ulike begreper om mennesker som mottar helsetjenester. Her har vi konsekvent valgt å bruke begrepet pasient om de menneskene som er mottakere av helse-og omsorgstjenester.

Pasienter med DM2 som kun trenger hjelp til kontroll og justering av medikamenter får gjerne hjelp av fastlege og som hovedregel ikke hjemmebaserte tjenester. Vi tar derfor utgangspunkt i at pasientene har andre sykdommer eller tilstander som gjør at de har behov for hjelp til å regulere sykdommen og besvarer videre oppgaven fra et sykepleieperspektiv. Grunnet at pårørende i mange tilfeller kan ha en sentral rolle i livene til hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2, velger vi å trekke inn pårørende der vi mener det er relevant for vår problemstilling.

Hos minoritetsgrupper er det en økt forekomst av diabetes type 2 i forhold til etnisk norske (Diabetesforbundet, 2021). I denne litteraturstudien vil det ikke være et spesielt fokus på denne pasientgruppen, men vi vurderer denne gruppen som en del av hele gruppen «hjemmeboende eldre med DM2». Dette er fordi sykepleie til minoritetsgrupper med DM2 har mye av det samme innholdet som sykepleie til etnisk norske med DM2, men sykepleie til minoritetsgrupper har andre utfordringer som kommer i tillegg.

2. Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

For å svare på litteraturstudiens problemstilling, har vi tatt i bruk systematisk litteratursøk som metode. Det innebærer en grundig og systematisk undersøkelse av allerede eksisterende forskningslitteratur.

Vi har basert litteraturstudien på seks ulike forskningsartikler som er funnet gjennom systematiske søk i ulike databaser. Her vurderes tidligere litteratur, hvor man deretter velger ut, analyserer og vurderer de valgte forskningsartiklene ut ifra definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier (Møller, 2019, s. 2). Litteraturstudie som metode har både fordeler og ulemper. Fordelen er at man kan tilegne seg mye kunnskap fra forskjellige kilder på kort tid, noe som vil øke kunnskapsgrunnlaget. En ulempe er at det ikke alltid er like stor tilgang på relevant og ny forskning på valgt problemstilling, samt at ulike forskere kan komme frem til forskjellige konklusjoner, ifølge Forsberg og Wengström (2008).

2.2 Søkeprosess

Søkene ble utført i databasene PubMed, Cinahl og SveMed. Årsaken til at vi brukte flere databaser, var for å få et bredt utvalg av artikler. For å finne relevante forskningsartikler benyttet vi oss av ulike kombinasjoner av søkeordene: Diabetes type 2, kronisk sykdom, hjemmebaserte tjenester, hjemmesykepleien, eldre, pasient, veiledning, utdanning, pasientopplæringsprogrammer, selvledelse, egenomsorg, sykepleie og kvalitativ forskning. Med disse søkeordene hadde vi som mål å belyse både et pasient-og et sykepleieperspektiv. Søkeordene ble gjennom systematiske søk brukt med bindeordene «or» og «and», samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi inkluderte artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk og dansk. Grunnet hyppige publikasjoner av forskning og stadige fremskritt innen diabetesforskningen, ekskluderte vi artikler om diabetes som var eldre enn 3 år. Innen pedagogisk sykepleie har vi brukt noe eldre litteratur, da det er mindre oppdatert forskning på dette. Inklusjonskriteriene var litteratur hvor forskningsgruppen var hjemmeboende personer over 65 år som hadde diabetes mellitus type 2. Vi inkluderte et sykepleieperspektiv som omfattet pedagogisk sykepleie og hjemmebaserte tjenester, og ekskluderte artikler som utelukkende omhandlet sykepleie i sykehus eller sykehjem.

2.4 Ethiske overveielser

Artiklene vi har inkludert i denne litteraturstudien er skrevet på engelsk og funnet gjennom systematiske søk i godkjente databaser. Forskingen er nøye lest og drøftet oss imellom, og artiklene er videre oversatt og tolket med intensjon om å være tro til original tekst. De forskjellige forskningsartiklene besvarer ulike deler av problemstillingen. To av artiklene vi har brukt henger sammen tematisk og har samme gruppe deltakere, men har ulik problemstilling og ulik metode. Når vi benytter egne erfaringer i oppgaven har vi anonymisert, for å holde taushetsplikten etter § 21 i helsepersonelloven (1999).

2.5 Analyse

Etter å ha utført systematiske søk i ulike databaser, og med ulike søkeord, leste vi overskrifter, abstrakt og valgte deretter de forskningsartiklene som var mest egnet til å belyse vår problemstilling. Vi leste artiklene grundig, tok notater underveis, og diskuterte deretter innhold og relevans til oppgaven. Både søkeord og valg av artikler ble gjort på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi valgte. Etter denne prosessen satt vi igjen med seks forskningsartikler, som vi ønsket å bruke i denne litteraturstudien.

2.6 Kildekritikk

Begrepet kildekritikk kan defineres som å karakterisere og vurdere litteraturen vi har brukt til å belyse valgt problemstilling (Dalland, 2017, s.158-159). Dette gjøres for at leser skal forstå hvilke type kilder som er benyttet i litteraturstudien og at disse er forankret i forskningsartikler og faglitteratur. Da vi valgte ut hvilke forskningsartikler vi ønsket å bruke i litteraturstudien, brukte vi helsebibliotekets sjekklister for vurdering av fag- og forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene vi anvender møter sjekklisterens krav.

Vi valgte å ta med tre forskningsartikler med studier gjennomført i Norge, da dette er representativt for vår praksis. To av disse artiklene inneholder forskning fra én kommune i Vest-Norge. Det må derfor tas høyde for at resultatet ikke er representativt for hjemmebaserte tjenester i resten av landets kommuner. En av forskningsartiklene er Amerikansk, og en annen er fra Danmark. Dette gjør at funnene ikke nødvendigvis er

generaliserbare til norske forhold. To av studiene inkluderer både sykepleiere samt annet helsepersonell som helsefagarbeidere og assistenter. Artikkelen til Laursen, Frølich & Christensen fra 2017 tar utgangspunkt i gruppeundervisning og ikke spesifikt individuell veiledning.

3. Presentasjon av aktuell teori og faglitteratur

3.1 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orems egenomsorgsteori ble første gang presentert i 1971 og har etter dette gjennomgått flere endringer. Orem hadde et mål om å utarbeide en teori om egenomsorgssvikt for å belyse sykepleiefagets ansvarsområde. Bakgrunnen for teorien er Orems egne erfaringer og refleksjoner. I teorien ser Orem på sykepleie som en erstatning for egenomsorg, altså helserelaterte aktiviteter i situasjoner hvor pasienten selv ikke klarer å ta vare på seg selv. Målet er at pasientene i størst mulig grad skal klare å være selvstendig i disse aktivitetene. I egenomsorgsteorien er det også laget spesifikke sykepleietiltak knyttet til ulike grader av egenomsorgssvikt. Orems sykepleieteori består av de tre delteoriene egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystem. De tre teoriene henger sammen og skaper en helhetlig sykepleieteori, som igjen blir omtalt som egenomsorgsteori (Orem, 1995, s. 4-10).

Egenomsorg er et begrep som omfatter et individs håndtering av fysisk eller psykisk funksjonssvikt eller helsemessige problemer. Dette innebærer behandling av egen sykdom, tiltak som kompensasjon for eventuell funksjonssvikt, samt evnen til å vite når profesjonell hjelp bør søkes om. Egenomsorg betyr videre at man skal gjøre en innsats for å fremme egen helse og dermed forebygge sykdom. Dersom egenomsorg ikke blir opprettholdt og ivaretatt vil det føre til egenomsorgssvikt (Orem, 1995, s.8-9 & 95).

Begrepet egenomsorgssvikt kan defineres som en manglende evne til å ivareta sine egne grunnleggende og/eller helserelaterte behov. Dette kan være behov knyttet til sykdom, funksjonssvikt og alder. En slik svikt kan skyldes for lite kunnskap, mangel på motivasjon,

mangel på å vurdere egen situasjon eller en redusert evne til å klare å gjennomføre nødvendige helsefremmende handlinger (Orem, 1995, s.236-240).

Del-teorien om sykepleiesystemer blir beskrevet som de konstruksjoner som kommer ut av samhandlingen mellom sykepleier og pasient i en hjelpesituasjon. Teorien viser til flere særpreg i generelle hjelpesituasjoner, samt hva som kreves for å gi sykepleie. Teorien om sykepleiesystem presenterer tre begreper; Sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystemer. Hjelpemetoder omfatter hvilke typer metoder som tas i bruk ved de forskjellige typene hjelpesituasjoner som en sykepleier befinner seg i. For å identifisere hvilket sykepleiesystem som passer den enkelte hjelpesituasjon, bruker sykepleier sin sykepleiefaglige kompetanse, også kalt sykepleiekapasitet. Slik finner sykepleier ut hvilke roller og forhold pasient og sykepleier skal innta og hvilke hjelpemetoder som er relevante (Orem, 1995, s.161, 434).

Et mål i behandlingen av diabetes er å hjelpe pasienten til å oppnå egenomsorg. Dette krever at sykepleier gir støtte og veiledning til å håndtere sykdommen. Her er det viktig å gi individuell tilpasset støtte og veiledning hvor sykepleier har satt seg inn i pasientens livssituasjon, kulturbakgrunn, utdanning og funksjonsnivå (Kirkevold, 1998, s.132).

3.2 Joyce Travelbee

Ifølge Joyce Travelbee (1926-1973) er sykepleie en mellommenneskelig prosess, noe som gjenspeiles i hennes teori om sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Travelbee mente at dersom man skal forstå hva en sykepleier er, kreves en forståelse over hva som foregår mellom sykepleier og den syke. I det mellommenneskelige forholdet kan den syke finne håp og mening, som igjen kan bidra til å mestre sykdommen og lidelsene som medfølger. Teorien har en eksistensialistisk tilnærming, som vil si at hvert menneske i større grad har ansvar for egne handlinger. Travelbee bruker ikke begrepet «pasient» eller «sykepleier» fordi hun mener begrepene er forenklinger og stereotypier som generaliserer oppfatningen av mennesket (Kirkevold, 1998, s. 113-114).

I henhold til Travelbee sin teori handler ikke helsefremmende undervisning om for eksempel å lære en diabetespasient hvordan man administrerer blodsuktermåling og insulin, men å hjelpe og å forebygge sykdom og mestre erfaringer knyttet til sykdom og lidelse. Den syke skal med andre ord selv finne ut av meningen med tiltakene som gjøres for å forebygge sykdommen. Slik vil vedkommende føle at tiltakene gir mening og dermed tilstrebe god helse gjennom å få kontroll på symptomer og bivirkninger (Travelbee, 1999, s.34-35).

I en situasjon hvor den syke har fått forandret livet med en kronisk eller terminal sykdom, mener Travelbee at sykepleierens funksjon ikke er å hjelpe pasienten til å gjenvinne helsen, men til å oppnå best mulig helse i en gitt situasjon. Her skal sykepleier motivere pasienten gjennom å lytte til pasientens tanker og erfaringer rundt sykdommen. Sykepleier skal ikke være opptatt av selve sykdommen og dens begrensninger. I tillegg til at pasienten skal få hjelp til å finne mening i sykdommen, skal også sykepleier hjelpe pårørende. Dette kan blant annet gjøres gjennom å bli kjent med den sykes familie og å være tilgjengelig hvis familien ønsker å drøfte den sykes behandling (Travelbee, 1999, s. 36).

3.3 Eldre pasienter med diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus type 2 er en kronisk og arvelig sykdom som kjennetegnes av forhøyet blodsukker. Det forhøyede blodsukkeret kommer av at kroppen har nedsatt følsomhet for insulin. Dette skyldes nedsatt evne til utskillelse av insulin fra kroppens betaceller samt insulinresistens i lever og perifert vev. DM2 utvikler seg ofte langsomt, noe som er årsaken til at mange lever med sykdommen i flere måneder eller år før diagnosen blir satt. Sjansen for å utvikle diabetes øker med alderen, hvor disponerende faktorer er høyt blodtrykk, overvekt, diabetes i nærmeste familie, generell organsvikt og lite muskelmasse (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53).

I løpet av de siste tiårene har antall eldre både med og uten diabetes økt. Antall eldre med DM2 forventes å øke ytterligere i årene som kommer grunnet at de lever lengre med sykdommen sammenlignet med tidligere. Eldre personer med DM2 er en svært heterogen

pasientgruppe, hvor det finnes alt fra relativt friske, aktive personer, til syke, hjelpetrengende personer med funksjonsnedsettelse og multimorbiditet. Den økte alderen assosieres med nedsatt betacellefunksjon og en lavere serumkonsentrasjon av insulin. Dette uavhengig av om det foreligger insulinresistens eller ikke (Landin-Olsson, 2020, s. 385).

De klassiske symptomene tørste og økt vannlating er ikke alltid like fremtredende hos eldre med DM2. Denne pasientgruppen kan ha mer uspesifikke symptomer som for eksempel forvirring, fall, nokturni, inkontinens og urinveisinfeksjon. Multimorbiditet er også et vanlig fenomen ved økende alder, noe som kan føre til mer komplekse legemiddelbehandlinger som igjen gjør det mer utfordrende å ha kontroll på blodsukker og andre komplikasjoner. For å redusere risikoen for feilbehandling og samtidig optimalisere livskvalitet, er det svært viktig med en individuell klinisk bedømmelse ved valg av legemidler og behandling (Landin-Olsson, 2020, s. 385).

3.4 Aktuelle lovverk som styrer hjemmebaserte tjenester

Pasient- og brukerrettighetsloven sikrer pasientenes rettigheter ved behandling i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med loven er å sikre god kvalitet på helsehjelpen, samt å styrke tillitsforhold mellom pasient og helsepersonell. Kapittel tre i pasient- og brukerrettighetsloven omhandler rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten har rett til å medvirke i valg av ulike tjenesteformer i tillegg til ulike undersøkelser og behandlingsmetoder. Muligheten til medvirkning skal tilrettelegges etter pasientens evne til å gi og motta informasjon, og her må det tas individuelle vurderinger hos hver enkelt pasient (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). I §3-2 konstateres det at pasienten har rett på å motta nødvendig informasjon for å få innsikt i sin egen tilstand og helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap. §3-2).

Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester har som formål å behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, nedsatt funksjonsevne og lidelse. Den skal

også fremme sosial trygghet, og bidra til likeverd, i tillegg til å sikre at hver enkelt pasient får bo alene med et aktivt og meningsfylt liv. Loven skal sikre at tjenestetilbudet gis med kvalitet og respekt for hver enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, kap. 1 og 4). Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester setter krav til at helsepersonell tar hensyn til helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Helsefremmende arbeid innen sykepleie handler om tiltak som fremmer mestring hos pasientene og som igjen kan gi mestring ved langvarige sykdommer og følgetilstander (Klette et al., 2014, s. 3).

Helsepersonelloven har som formål å sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt passe på at pasientsikkerhet blir overholdt. Loven gjelder for helsepersonell og alle som utøver helsehjelp, noe som gjør loven er relevant uavhengig av hvor helsehjelpen utøves. I lovens paragrafer finner man blant annet deler om forsvarlighet, informasjon til pasienter, taushetsplikt, plikt til å føre journal samt krav til journalens innhold (Helsepersonelloven, 1999).

Helsetjenester i hjemmet er en del av den kommunale omsorgstjenesten, og en viktig del av eldreomsorgen. Denne delen av kommunehelsetjenesten omfatter pleie og omsorgstjenester til personer som ikke bor på helseinstitusjon, og er et tilbud som gis til alle aldersgrupper (Braut, 2020). Hjemmebaserte tjenester er et tilbud til dem som trenger hjelp til blant annet opplæring, opptrening, nødvendig helsehjelp og/eller hjelp til å håndtere hverdagen på best mulig måte (Bergen kommune, 2022, 23.feb).

Samhandlingsreformen som kom i 2012, gav helsetjenester en ny retning, som skal sikre at pasienten får rett behandling til rett tid og på rett sted. Reformen har ført til store endringer i oppgavefordeling i de ulike helsetjenestene. I de kommunale tjenestene har en viktig endring vært at hjemmebaserte tjenester har fått et større ansvar. Helsepersonellet i hjemmebaserte tjenester mottar pasienter som skrives ut fra sykehus og rett til hjemmet, noe som har ført til flere komplekse og omfattende sykepleiefaglige oppgaver (Fjørtoft, 2016, s. 154-155).

3.5 Pårørendes rolle

I hjemmebaserte tjenester vil pasientenes sosiale relasjoner være ulike fra hjem til hjem. Noen har nær familie og venner som de har mye kontakt med, andre har liten omgangskrets og ingen familie. Pårørende og det sosiale nettverket rundt pasienten blir for hjemmebaserte tjenester en viktig ressurs og samarbeidspartner, da helsepersonell kun er innom noen ganger for dagen. Pårørende betyr i mange tilfeller mye for pasienten, og har en stor innvirkning på livssituasjonen som vedkommende befinner seg i. Når pasienten blir rammet av en kronisk sykdom, vil dette påvirke hele familien. Som sykepleier er det derfor viktig å ikke kun ta vare på den syke, men også de som står pasienten nærmest (Fjørtoft, 2016, s. 101-119).

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-3 omhandler informasjon til pasientens nærmeste pårørende. Dersom pasienten samtykker til det, skal nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand, samt helsehjelpen som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

3.6 Sykepleiens pedagogiske funksjon

Sykepleiens pedagogiske funksjon har som hensikt å fremme utvikling innen læring, mestring og vekst. Den pedagogiske funksjonen innebærer gjøremål, vurderinger og handlinger som gjøres av sykepleier, som deretter utøver sykepleie. Et eksempel som kan fremme utvikling, mestring og vekst er økt kompetanse gjennom blant annet undervisning og veiledning (Tveiten, 2013, s. 30-31).

Veiledning og undervisning er to sentrale begreper innen pedagogikk. Begrepene brukes ofte om hverandre, men har likevel en ganske ulik betydning. Undervisning defineres som formidling av kunnskap, altså en planlagt pedagogisk virksomhet, hvor sykepleier formidler kunnskap om et tema til pasient og/eller pårørende. Her skal sykepleier ha satt seg inn i hvordan stoffet skal formidles samt hvor og når undervisningen skal foregå. Informasjonen som blir formidlet har som hensikt å hjelpe pasienten å bearbeide egen situasjon, forstå sykdommen, bli motivert, og deretter jobbe mot en bedret mestring og egenomsorg (Tveiten, 2013, s.70).

Veiledning kan defineres som å lede en person på rett vei samt rådføre i forhold til opplysninger, forklaringer og orientering (Tveiten, 2013, s. 71). Ved veiledning er brukermedvirkning sentralt, og veilederen skal hjelpe pasienten til å selv finne svar. Dersom en person skal lære seg å sette insulin er det viktig at vedkommende først får undervisning i prosedyren. Dette for å tilegne seg nok kunnskap til å selv kunne utføre prosedyren med veiledning og etter hvert selvstendig. I veiledning er det viktig å møte pasienten der vedkommende er, og ta utgangspunkt i hva pasienten kan fra før, vedkommendes læringskapasitet og innsikt i egen situasjon (Tveiten, 2013, s. 79-80).

I en veiledningssituasjon er god kommunikasjon en forutsetning for godt samarbeid mellom sykepleier og pasient. Sykepleier må tilpasse kommunikasjonen til hver enkelt pasient. I denne forbindelse innebærer personorientert og helsefremmende kommunikasjon å se det eldre mennesket som en person med muligheter og ressurser, heller enn gammel, skrøpelig og hjelpetrengende (Eide & Eide, 2019, s. 315). Når man blir eldre kan kommunikasjonsevnen bli påvirket, og mentale og fysiske prosesser kan gå langsommere enn tidligere. Dette kan være nedsettelse i hørsel, syn eller sosial funksjon. I en aldringsprosess kan den eldre personens egne holdninger og mentalitet ha stor innflytelse på egen helse. Den Eldres omgivelser kan også virke inn på aldringsprosessen. Det kan for eksempel bety mye at omgivelsene forventer at vedkommende klarer ting selv. Dette har vist seg å ha positive effekter på både helse og humør (Eide & Eide, 2019, s. 315).

3.7 Motivasjonsteori og Empowerment

Deci og Ryan utviklet og forsket på teorien kalt «Self-Determination Theory», som er oversatt til «selvbestemmelsesteori» på norsk. I teorien skiller det mellom ytre og indre motivasjon. Den indre motivasjonen er en viktig faktor i utvikling av selvbestemmelse hos hvert individ. Her kommer motivasjonen innenfra. Den indre motivasjonen deles i to, hvor den ene delen er interesse og glede av å utføre en handling, og den andre er verdier og tro på mennesket. Motivasjonen som styres utenfra, kalles ytre motivasjon. Denne typen motivasjon kan for eksempel styres etter straff eller belønning fra andre. For å oppnå

selvbestemmelse er det tre behov som må være til stede ifølge Deci og Ryan. De tre behovene er tilhørighet, kompetanse og autonomi. Med tilhørighet menes det at pasienten trenger tilknytning til andre mennesker, både i form av nære relasjoner, samt tilknytning til sykepleier og annet helsepersonell. I denne sammenheng, er det sentralt at pasienten føler seg sett. Med kompetanse menes at pasienten trenger å føle på mestring, samt oppsøke utfordringer og igjen beherske disse. Det siste punktet er autonomi, som innebærer at pasienten må være initiativtaker i sitt eget liv. Dette vil gjøre at pasienten føler seg mer fri og kan følge egne interesser (Renolen, 2015, s. 74).

Deci og Ryans selvbestemmelsesteori har vært et utgangspunkt for teorier om «empowerment», som kan oversettes til «myndiggjøring». Dette handler om å styrke hvert enkelt individs krefter slik at de kan ta ansvar for eget liv, i tillegg til å motvirke følelsen av avmakt. Gjennom veiledning kan man styrke pasientens følelse av mestring og kompetanse rundt egen sykdom (Renolen, 2015, s. 74). Fravær av empowerment hos en pasient kan føre til maktesløshet, hjelpeløshet, og en opplevelse over å ikke ha kontroll over sitt eget liv. Prosessen rundt begrepet empowerment kan ses på som en samhandling mellom pasient, pårørende og helsepersonellet, hvor det samlede målet er mestringskompetanse. I denne prosessen må pasienten sine ressurser og muligheter stimuleres. Dette for å hente frem energi, krefter og faktorer som reduserer stress (Tveiten, 2020, s. 35-36).

En grunnleggende faktor i helsefremmende arbeid og empowerment er redistribuering av makt fra sykepleier til pasient. I empowerment-prosessen er det viktig at sykepleier er bevisst på maktaspektet i relasjonen, da maktforholdet kan påvirke dialog og brukermedvirkning (Tveiten, 2020, s. 212). Ifølge Tveiten (2020) kan sykepleierens ekspertkompetanse noen ganger redusere pasientens medvirkning og dermed ikke bidra til å styrke empowerment. En tradisjonell tankegang er at sykepleieren vet hva som er best for pasienten, og sykepleieren har en makt i form av kompetanse, kontroll og myndighet. Gjennom å være opptatt av brukermedvirkning og se på pasienten som ekspert på seg selv og eget liv, er det mulig å redistribuere makt fra sykepleier til pasient. Gjennom samarbeidet er målet å styrke pasientens kompetanse slik at vedkommende til slutt kan ha en best mulig medvirkning (Tveiten, 2020, s. 212).

3.8 Yrkesetiske retningslinjer

Respekten for hvert enkelt menneskes liv og verdighet skal ligge til grunn for all sykepleie. I tillegg skal sykepleie bygge på omsorg, respekt for menneskerettighetene og barmhjertighet. En sykepleier skal ivareta integritet og verdighet hos hver enkelt pasient, og yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Dette skal igjen fremme helse og forebygge sykdom. Det yrkesetiske ansvaret til en sykepleier gjelder i møte med mennesker i alle livets faser. Sykepleier skal også vise respekt og omtanke for pårørende, slik at også disse blir sett og inkludert.

Noen av de yrkesetiske retningslinjene som i størst grad kan knyttes opp til hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2, er:

«Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

«Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

«Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

«Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

4. Resultat

Under kommer en presentasjon av forskningsartiklene vi bruker i drøftingsdelen av oppgaven. Underoverskriftene viser til tittel på de aktuelle artiklene vi har brukt. Vi nevner hensikten og metoden som er brukt i de forskjellige studiene. I tillegg legger vi frem

artiklens mest sentrale resultater og funn. Til slutt nevner vi styrker og svakheter under hver artikkel.

4.1 Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway

Forskningsartikkelen til Graue et al. (2013) «Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway», er hentet fra PubMed og er skrevet av fire sykepleiere med ulike erfaringer innen helsefeltet. Deltakerne i studien består av tolv kvinnelige sykepleiere og fire assistenter. Forskningsartikkelen bruker kvalitativ metode med fokusgruppeintervju. Hensikten med studien er å finne ut hva helsepersonell opplever som utfordrende ved behandling av eldre pasienter med diabetes som mottar hjemmebaserte tjenester (Graue et al., 2013, s.243).

Artikkelen åpner med å konstatere at den økte forekomsten av diabetes truer helsen og livskvalitet til millioner av mennesker, som igjen skaper utfordringer for et allerede belastet helsevesen. Videre viser artikkelen til at flere eldre har komorbiditeter og komplekse omsorgsbehov. Forskningsartikkelen legger frem tidligere forskning og rapporter for å underbygge dette. En undersøkelse i USA viste at pasienter på sykehjem og i hjemmesykepleien mottok utilstrekkelig medisinsk behandling hvor omsorg for eldre med diabetes ikke oppfylte kravene til retningslinjene fra «American Diabetes Association» (Graue et al., 2013, s.241). I nordiske land viste en studie at hele 20% av de som hadde diabetes ikke fikk anbefalt behandling i primærhelsetjenesten, samt at Sveriges dokumentasjon i hjemmesykepleie var mangelfull (Graue et al., 2013, s.243).

Graue et al. (2013) konkluderer med at deltakerne opplever flere kliniske utfordringer ved utøving av sykepleie og omsorg til eldre mennesker med DM2. Det vises til tre temaer som er utfordrende, dette er henholdsvis tilgjengelighet til informasjon og støtte, faglig samhold, og tillit og autonomi. Deltakerne forteller at de mangler selvtillit og autonomi for å kunne hjelpe eldre hjemmeboende med diabetes (Graue et al., 2013, s.241-265).

En svakhet med studien til Graue et al. (2013) er at noen av deltakerne kjente hverandre godt fra før, mens andre møtte hverandre for første gang. Dette kan medføre at noen deltakere ikke ønsker å avsløre viktig informasjon og/eller ønsker å delta mindre fullstendig i fokusgruppene. Alle deltakerne i studien er kvinner, noe vi også anser som en svakhet. En styrke i studien er at det er inkludert deltakere fra alle de fem kommunale sonene, både helsepersonell fra sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

4.2 Assessing helpful and harmful family and friend involvement in adults`type 2 diabetes self-management

Forskningsartikkelen til Mayberry et al. (2019) «Assessing helpful and harmful family and friend involvement in adults`type 2 diabetes self-management», er hentet fra PubMed og er skrevet av forskere og leger innen blant annet diabetes, sykepleie og psykologi.

Forskningsartikkelen er publisert i det akademiske tidsskriftet «Patient Education and Counseling». Hensikten med denne studien er å utvikle og evaluere skåringsverktøy som vurderer hjelpsom og skadelig involvering fra venner og familie ved DM2. Deltakerne i studien består av voksne med diabetes fra 18-80 år og deres pårørende. Resultatene er basert på kognitive intervjuer med longitudinell metode og randomiserte kontrollerte studier, parallelt med det nye skåringsverktøyet FIAD (Family and Friend Involvement in Adults`Diabetes) (Mayberry et al., 2019, s.1380).

Artikkelen åpner med å konstatere at diabetes type 2 er en kronisk tilstand som krever medikamentetterlevelse, daglig kontroll av blodsukker og vedlikehold av en sunn diett og fysisk aktivitet. Disse daglige aktivitetene involverer ofte familiemedlemmer eller nære venner, for eksempel i form av hjelp og støtte ved fysisk aktivitet og riktig ernæring, problemløsning ved høyt blodsukker eller assistanse ved behov for påfyll av medikamenter og medisinsk utstyr. Kvalitativ og kvantitativ forskning har dog bevist at involveringer fra familie og venner kan være både hjelpsomt og skadelig. Artikkelen konkluderer med at FIAD er et målingsverktøy som kan brukes for å evaluere og forbedre et sosialt miljø hvor voksne har diabetes. Funnene som fremheves er blant annet at et støttende sosialt miljø har positiv effekt på vedkommendes selvedelse (egenbehandling). Følelse av mestring, ernæring, blodsukkerkontroll og medikamentetterlevelse er alle faktorer som viser seg å bli

påvirket av involvering fra pårørende. Skadelig involvering viser seg å ha en forverrende effekt på langtidsblodsukker (HbA1c) over tre måneder (Mayberry et al., 2019, s.1380).

En styrke med studien til Mayberry et al. (2019, s.1380-1384) er at det er et høyt antall deltakere, noe som gjør studien mer reliabel. En svakhet med artikkelen er at pårørendes påvirkning på pasientene kun hadde en forverrende effekt på langtidsblodsukkeret, men det var ingen forskjell på pasientenes selveffektivitet, kosthold, fysisk aktivitet eller etterlevelse av medikamenter. Dette går ut over resultatets validitet.

4.3 Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being

«Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being», er en studie fra Vest-Norge som er publisert i *Diabetic Medicine*, som vi hentet fra databasen PubMed. Den er skrevet av professorer og helsepersonell innen blant annet diabetessykepleie, hjemmebaserte tjenester, epidemiologi og statistikk. Hensikten med forskningsartikkelen er å fastslå prevalens av diabetes blant eldre mennesker som mottar hjemmebaserte tjenester, og å utforske forskjeller i sosiodemografiske og kliniske karakteristika, symptomer, helsestatus, livskvalitet og psykisk helse hos disse. Dette er en kvantitativ tverrsnittstudie som inkluderer 377 mennesker som mottar hjemmebaserte tjenester. Medianalderen på deltakerne er 86 år (Davies et al., 2019, s.96).

Resultatene viser at en høy prosentandel av menneskene med diabetes som mottar hjemmesykepleie ikke er klar over sin diagnose. Prevalensen av diabetes er på 24% og av disse er 14% uvitende om diagnosen. De som er uvitende om diagnosen rapporterer en betydelig dårligere helsetilstand enn de med kjent diabetes. Forskerne konkluderer med at diabetes fortjener økte ressurser og økt innsats i utredning, slik at flere får hjelp til å lindre symptomer og slipper byrden av utilstrekkelig behandling av diabetes i hjemmet (Davies et al., 2019, s.96).

En svakhet i studien til Davies et al (2019), er at det ikke er samlet inn informasjon om hvilken type diabetes deltakerne har, varighet på sykdommen eller hvilke medisiner som benyttes utenom glukosesenkende legemidler. Det er heller ikke kartlagt hvilke andre faktorer som kan påvirke langtidsblodsukkeret HbA1c, som for eksempel anemi, vaskulære komplikasjoner eller skrøpelighet. En annen svakhet i studien er at nesten halvparten av populasjonen som ble undersøkt ble fjernet fra studien grunnet palliativ behandling, alvorlig medisinsk tilstand, dødsfall eller overføring til sykehjem. Ved å ekskludere disse deltakerne fra studien, kan det ha ført til feil i prevalensen av diabetes.

4.4 Health Education Competence, Self-Management

To av forskerne bak artikkelen «Health Education Competence, Self-Management» er seniorforskere og jobber i Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Artikkelen er hentet fra SveMed. Metoden er systematiske litteratursøk i ulike databaser for å identifisere ulike studier innen helsepedagogisk kompetanse. Litteratursøkene inkluderte både kvalitative og kvantitative studier i tillegg til systematisk litteraturoversikt (Vågan et al., 2016, s.1-2).

Hensikten med denne studien er å finne ut hva som er nødvendig kompetanse blant sykepleiere for å styrke mestring og læring hos pasienter og brukere. Resultatene viser at det er seks kompetanseområder som anses å være essensielle for at helsepersonell skal kunne gi pasienter godt utbytte ved tilbud innen mestring og læring. Dette omfatter kunnskap og ferdigheter innen gruppeundervisning, sykdom og diagnoser, kommunikasjon, mestring og mestringsstrategier, personlige egenskaper og holdninger samt pedagogikk. Det konkluderes videre at en avgjørende faktor for pasientenes utbytte av lærings- og mestringstilbud er helsepersonells helsepedagogiske kompetanse (Vågan et al., 2016, s.2).

En svakhet i studien til Vågan et al. (2016, s. 5-6) er at det er få diagnosegrupper. En styrke i studien er at resultatet gir et klart svar på hvilke overordnede elementer som kreves for å kunne gi god veiledning til pasientene. Studien presiserer at resultatene gjelder på tvers av

ulike diagnoser, men fremhever samtidig at det kreves ulik kompetanse og ulike tiltak mellom ulike diagnosegrupper.

4.5 Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study

«Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study» av Heimro et al. (2021, s. 1-2) er en kvantitativ prevalensstudie hentet fra databasen PubMed. Studien er en tverrsnittstudie som ble gjort for å vurdere diabetesbehandling og ledelse i en norsk kommune på Vestlandet. Studien er skrevet av sykepleiere og professorer innen blant annet global helse og sykepleievitenskap. Artikkelen er en studie fra hjemmebaserte tjenester i Vest-Norge, hvor deltakerne i studien er eldre hjemmeboende personer i alderen 66-99 år.

Målet med studien er å undersøke kvaliteten på diabetesbehandlingen og dokumentasjonen som blir gjort av helsepersonell i hjemmebaserte tjenester. Demografisk og klinisk data ble innhentet fra elektroniske journaler i hjemmebaserte tjenester. Totalt ble 92 journaler innen hjemmebaserte tjenester vurdert. Resultatet i studien viser store mangler i føring av dokumentasjon av diabetesbehandling i journal med tanke på diagnose, behandlingsmål samt rutiner for blant annet overvåking av blodsukker. Kun 57% av deltakerne i studien hadde diagnosen dokumentert i sin journal. Dokumentasjon på hvem som utførte egenkontroll av blodsukker var også mangelfull. Studien konkluderer med at hjemmebaserte tjenester kan være en eventuell trussel for pasientsikkerheten (Heimro et al., 2021, s.1-2).

En svakhet i artikkelen er at det kun er 92 deltakere med i studien. Videre er journalføringen hentet fra kun én kommune i Norge, noe som gjør at man ikke kan se på dette studiet som representativt for hjemmetjenesten i resten av landet. En annen svakhet er journalene som kun er hentet elektronisk, da noen pasienter med individuelle behandlingsmål har dokumentasjon skrevet andre steder. En styrke i studien er at alle

deltakernes diabetesdiagnose ble bekreftet med blodprøven HbA1c (Heimro et al., 2021, s.6-7).

4.6 Patients` perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark

Forskningsartikkelen av Laursen et al. (2017, s.1039) «patients` perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark» er publisert i Cinahl og er skrevet av professorer innenfor feltene kroniske lidelser og folkehelse. Hensikten med denne studien er å utforske forskjeller i hvordan mennesker med diabetes opplever diabetes-relatert undervisning. Gjennom kvalitativ metode blir elleve deltakere intervjuet seks måneder etter deltakelse i pasientundervisning. Pasientundervisningen ble gjennomført av sykepleiere, fysioterapeuter og kostholdsekspertter. Deltakerne blir systematisk fordelt inn i kategoriene «frisk» og «syk» etter «Alonzos Theory of Everyday Illness Behaviour». Resultatene viser at alle deltakerne synes at det elementet som var mest fordelaktig i pasientundervisningen var informasjon angående diett og trening. De «syke» pasientene synes informasjonen er vanskelig å forstå og det er mye mindre sannsynlig at de kommer til å gjøre endringer relatert til undervisningen. De «friske» pasientene synes derimot at informasjonen både er lett å forstå og lett å overføre til praktiske gjøremål i dagliglivet. Forskernes konklusjon er at pasientenes opplevelser av undervisningen varierer ut ifra hvordan pasientene opplever sin egen sykdomsstatus. De deltakerne som er «sykere» er mindre disponible for å se undervisningen som fordelaktig og dermed er det mindre sannsynlighet for at de endrer atferd. Kunnskap om faktorer som har innvirkning på hvordan pasientene opplever pasientundervisning i selvledelse ved kroniske lidelser er essensielt for utvikling av programmer som er fordelaktige for alle slags pasienter (Laursen et al., 2017, s.1039).

En av styrkene i studien til Laursen et al (2017, s.1043) er at deltakerne ble intervjuet seks måneder etter endt pasientopplæring. Dette gjorde at pasientopplæringen hadde stabilisert seg, og at forfatterne fikk svar på deltakernes atferdsendringer. En svakhet med studien er at noen av deltakerne fant det utfordrende å huske detaljer fra

pasientopplæringen etter at seks måneder hadde gått og at deltakerne slet med å rapportere inn fordeler med opplæringen. Her konkluderer studien med at andre kvalitative metoder kunne vært brukt, som for eksempel dagbøker.

5. Hvordan kan veiledning og undervisning fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2?

I drøftingen ønsker vi å sette valgt problemstilling opp mot forskning, teori og faglitteratur. Vi inkluderer også egne erfaringer fra praksis, der vi anser det som relevant. Hovedfokuset vårt er hvordan veiledning og undervisning kan fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med DM2. Vi drøfter først utfordringer med undervisende sykepleiesystemer i hjemmebaserte tjenester. Videre drøfter vi hvordan sykepleier kan fremme empowerment hos eldre med DM2. Deretter hvordan man kan forene hverdagen i hjemmebaserte tjenester med en ideell praksis. Til slutt drøfter vi hvordan pårørende kan spille en rolle i pasientens egenomsorg.

5.1 Utfordringer med undervisende sykepleiesystemer i hjemmebaserte tjenester

En forutsetning for god behandling av diabetes er god egenbehandling. Dette krever innsikt i egen sykdom og tilbud om veiledning og opplæring. Et overordnet mål for personer med diabetes er å styrke deres helse og livskvalitet, nettopp gjennom støtte og veiledning. God støtte og veiledning krever høy fagkompetanse og en tilpasset pedagogisk sykepleie. Ifølge Skafjeld og Graue (2011) kan en god helsetjeneste, preget av kontinuitet og kvalifisert veiledning og opplæring, være avgjørende for sykdomsforløpet for mange med diabetes. Likevel kommer det fram i artikkelen «Health education competence, self management» at norske sykepleiere er usikre på eget kunnskapsnivå når det gjelder å veilede pasienter (Vågan et al., 2016, s.1-2).

Viktigheten av veiledning, undervisning og god kompetanse understøttes av teorien om sykepleiesystem i Orems egenomsorgsteori. Teorien presenterer sykepleiesystemet

«støttende eller undervisende sykepleiesystemer», som kan defineres som hjelpesituasjoner hvor pasienten skal øke kunnskap og lære tiltak for å øke graden av egenomsorg. Hjelpemetodene som inngår i dette sykepleiesystemet er undervisning, rettleiing, støtte og å sørge for et utviklende miljø (Kirkevold, 1998, s.135). I teorien presenteres også begrepet sykepleiekapasitet, som kan defineres som flere faktorer som må være på plass for å kunne utføre hensiktsmessige handlinger i spesielle situasjoner. Disse faktorene er for eksempel spesielle holdninger, kunnskap, egenskaper og evner. Ifølge Orems teori bør de som yter sykepleie ha hensiktsmessige personlige egenskaper og spesielle holdninger. Teorien får støtte fra den empiriske studien «Health education competence, self-management» til Vågan et al. (2016, s.1-5). Studien legger vekt på viktigheten av sykepleiers kunnskap og ferdigheter knyttet til blant annet veiledning og diagnose. Artikkelen presiserer at utfordringer pasientene har ved kroniske lidelser, ikke kan løses med utelukkende medisinsk behandling og innleggelser. Videre kommer det fram i samme artikkel at pasienter og brukere i veiledningssituasjoner vektlegger spesifikke evner hos sykepleier for å kunne føle at de blir møtt med støtte og forståelse. Dette inkluderer evnen til å vise empati, omsorg, respekt og ikke-dømmende holdninger i møte med pasientene og deres utfordringer.

En mulig utfordring i en undervisnings-og-veiledningsprosess, er den skjeve maktbalansen i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren har, på grunn av sin kunnskap, kontrollfunksjon og myndighet, en ekspertrolle i møte med pasient og pårørende (Tveiten,2020, s. 213). Spesielt under helsefremmende sykepleie og i en empowerment-prosess, er det viktig at sykepleieren er bevisst på maktforholdet og hvordan sykepleieren kan redistribuere makt til pasientens fordel. En forutsetning for et fruktbart samarbeid er at sykepleier ikke møter pasienten med en ovenfra-og-ned-holdning, og at sykepleieren løfter fram pasienten som ekspert på seg selv og eget liv. En ikke-dømmende og respektfull tilnærming med fokus på pasienten som ekspert på seg selv, vil derfor være essensiell når man skal bygge opp pasientens empowerment og kunnskap om sykdommen. Her underbygger Tveiten (2020, s.213) det Vågan et al. (2016, s.1-4) skriver om viktigheten av ikke-dømmende holdninger, respekt, omsorg og empati i møte med pasienten.

Artikkelen «Patients` perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark» av Laursen et al. (2017, s.1039-1043), viser til varierende resultater for pasientenes opplevelse av gruppebasert veiledning og undervisning. Deltakerne presiserte utfordringer med store variasjoner av kunnskapsnivå i gruppene, hvor noen kunne mye om sykdommen fra før, og andre omtrent ikke kunne noe. Enkelte av deltakerne syntes derfor informasjonen og veiledning var vanskelig å ta imot, og manglet motivasjon for å kunne gjøre en endring hos seg selv. Punktene deltakerne trakk frem som viktig var engasjement, god tilrettelegging og en følelse av å føle seg trygg rundt sykepleier og resterende tilretteleggere. En nasjonal rapport fra Sverige, konkluderer med at voksenpedagogikk har stor betydning for en suksessfull pasientopplæring. Videre understreker artikkelen til Laursen et al. (2017, s.1039-1043) at helsepersonellet er sentralt for fordelene pasientene opplevde, i form av hvordan de samhandlet med deltakerne og formidlet helserelatert kunnskap. Deltakerne som la mest innsats inn i veiledningen og undervisningen, var de som gikk ut med flest fordeler etter endt program (Laursen et al., 2017, s.1039). Dette viser viktigheten av empowerment til pasienter, tilrettelagt veiledning og undervisning etter pasientens læringskapasitet, samt innsikt i egen situasjon og hva pasienten kan fra før (Tveiten, 2013, s. 79-80).

«Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway» av Graue et al. (2013, s.243-245) viser at sykepleiers kunnskap om diabetes og omsorg rundt sykdommen er utilstrekkelig. Artikkelen viser også at diabetestrening for sykepleiere ville gjort en stor forbedring i pasientens kontroll på sykdommen og bedret livskvalitet. Sykepleierne i studien forklarte utfordringer ved å oppdage endringer i pasientens tilstand, fordi de manglet spesifikk veiledning om sykdommen. Dette viser viktigheten av at det ikke kun er pasientene som får veiledning og undervisning i egen sykdom, men også at helsepersonellet som skal utøve helsehjelpen får nødvendig opplæring. Dette kan for eksempel være opplæring i typiske symptomer og endring i tilstand hos pasienter med DM2. Sykepleierne som deltok i studien rapporterte også dårlig samarbeid på arbeidsplassen og meddelte at de følte seg alene på jobb. Dette medførte lavere selvtillit og autonomi hos sykepleierne, grunnet en kompetanse som ikke samsvarte med de komplekse behovene til en økende eldre befolkning (Graue et al., 2013, s.241-265). For å sikre at pasientene mottar nødvendig og forsvarlig helsehjelp bør dermed også

sykepleierne få tilstrekkelig undervisning og opplæring. Dette vil kunne styrke både sykepleiers kunnskapsnivå og selvtillit, og vil kunne ha positive ringvirkninger som gagnar tjenestemottakerne i hjemmebaserte tjenester.

5.2 Hvordan fremme empowerment hos eldre med diabetes mellitus type 2

Å leve med DM2 er krevende fordi man ikke kan ta noen «pause» i egeninnsats. Sykdommen er alltid til stede og krever kontinuerlig forebyggende behandling i form av riktig kosthold, fysisk aktivitet, medikamentetterlevelse og blodsukkerkontroll samt tiltak knyttet til avvik (Mosand & Stubberud, 2016, s. 54).

Før undervisningen og veiledningen tar til, bør sykepleieren forsøke å danne seg et bilde av hvordan pasientens motivasjon er, og så bygge på hans egen motivasjon for å lære. Om nødvendig bør en prøve å fremelske en motivasjon som er styrt innenfra (Mosand & Stubberud, 2016, s. 71).

En avgjørende faktor for god egenomsorg er et godt tilrettelagt og kontinuerlig behandlingstilbud. For å oppnå målet om god egenomsorg må imidlertid pasienten selv også gjøre en innsats, parallelt med veiledning og undervisning fra helsepersonell (Allgot, 2011, s. 208). Deci og Ryans teori om selvbestemmelse legger vekt på nettopp viktigheten av en indrestyrt motivasjon, kompetanse, tilhørighet og autonomi, samt hva som skal til for å oppnå selvbestemmelse.. En sentral del av det å oppnå selvbestemmelse er empowerment, som igjen er en viktig del av behandlingen av en kronisk sykdom som DM2 (Renolen, 2015, s 74).

Begrepet empowerment blir assosiert med utvikling og vekst, og handler om at sykepleier skal styrke pasientens krefter slik at pasienten skal kunne ivareta egenomsorg. Kunnskap innen helse, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid gir sykepleieren en slags ekspertrolle i møte med pasient og pårørende. Denne ekspertkompetansen er viktig, selv om det er pasienten som er ekspert på seg selv, eget liv og egne erfaringer. Under empowerment-prosessen bør både sykepleiers og pasientens kompetanse anerkjennes, slik

at det kan oppstå en økt felles forståelse (Tveiten, 2020, s. 214-215). Dette er også er hovedessensen i Travelbees sykepleieteori (1999). Sentralt i teorien er fokuset på personlig vekst og selvutvikling med et hovedmål om å hjelpe pasienten til mestring av sykdom og lidelse, og til slutt finne mening rundt erfaringene som læres på veien.

Menneskets egne holdninger og mentalitet kan ha stor innvirkning på menneskets helse i en aldringsprosess. Ifølge Travelbee (1999) er personens holdninger også en sentral faktor for livskvalitet ved sykdom. I teorien betraktes sykdom som en naturlig, alminnelig erfaring i livet. En viktig pasienttilnærming som kommer fram i teorien, er at sykepleier alltid kan gjøre noe for det syke mennesket, til tross for at den syke ikke kan helbredes eller bli frisk. Ved personorientert og helsefremmende sykepleie til eldre med DM2, og til eldre generelt, er det helt vesentlig å ha holdninger som dette. Istedenfor å tenke at pasienten «har levd et langt liv» og at det beste for den syke eldre er å dø, kan man hjelpe det eldre mennesket til å ha det godt i livet og finne mening med sykdommen (Travelbee, 1999, s.36).

Viktigheten av slike holdninger understøttes også av litteratur fra Eide & Eide (2019, s. 315), hvor fokuset er på å se det eldre mennesket som en person med muligheter og ressurser heller enn gammel, skrøpelig og hjelpetrengende. På bakgrunn av dette kan man lettere forstå viktigheten av at menneskene rundt pasienten har forventninger til vedkommende. Når sykepleieren har forventninger til at den eldre pasienten kan mestre sykdomsforebyggende tiltak og å gjøre selvstendige vurderinger, vil dette kunne ha positiv innvirkning på vedkommendes selvbestemmelse og motivasjon.

Ved alvorlige kroniske tilstander hvor det ikke er mulig å gjenvinne helsen, mener Travelbee (1999, s. 34-35) at det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten å finne mening med de erfaringene som sykdommen bringer med seg. Det kan dog stilles spørsmål til om dette utelukkende er sykepleierens ansvar. Helsetjenesten består av et bredt omfang av instanser og aktører i et tverrprofesjonelt samarbeid. Andre samarbeidsaktører, slik som for eksempel psykolog eller lege, har også et ansvar når det kommer til en pasients opplevelse av mening og livskvalitet. I den travle hverdagen en sykepleier står ovenfor i hjemmebaserte tjenester, er det som regel satt opp en fast tidsramme inne hos hver pasient. Det er ikke gitt at sykepleieren har tid til samtaler som fremmer empowerment, med mindre det blir planlagt ekstra tid til nettopp dette. Når det er sagt, vil sykepleier

uansett ha et ansvar når det gjelder å identifisere behovet for denne typen veiledning og samtale, og må koble på andre instanser når sykepleieren selv ikke strekker til på grunn av kompetanse eller tid (Fjørtoft, 2016, s.164).

En kritikk til selve empowerment-perspektivet går ut på pasientenes overskudd til å mobilisere krefter (Renolen, 2015, s. 74). Å ha forventninger til pasienten kan ha en positiv effekt på mestring og empowerment. Samtidig bør ikke sykepleieren ha urealistiske forventninger til pasientens egenomsorgskapasitet. Både sykdom og alderdom kan ha innvirkning på egenomsorgskapasiteten. Eventuelle begrensninger bør identifiseres av sykepleier slik at pasienten får hjelp til å dekke sine behov. Ved veiledning til eldre med diabetes er det viktig å merke seg at det er større sannsynlighet for at personen har funksjonsnedsettelse både fysisk og mentalt. Den eldre kan også ha nedsatt fingerferdighet, som vil ha konsekvenser for prosedyrer knyttet til blodsuktermåling og insulininjeksjoner. Når det er sagt, kan den eldre personens intellekt, evne til å lære, forstå og løse problemer fortsatt være god (Iversen, 2014, s.498). Sykepleier må bruke kunnskap og skjønn for å vurdere hver enkelt situasjon.

Videre er det rettet kritikk til selve begrepet empowerment, som anses å være et stort og noe uklart definert begrep (Renolen, 2015, s. 74). Ifølge Askheim (2012) er det viktig å reflektere kritisk rundt hva begrepet innebærer, slik at empowerment-prosessen ikke blir brukt som en ansvarsfraskrivelse fra helsepersonellens side. Det presiseres at selv om pasienten er ekspert på seg selv, betyr ikke dette at pasienten skal bestemme alt selv. Her har sykepleier en etisk kompetanse og evne til kritisk refleksjon, som skal brukes til å gjøre pasienten bevisst på egen rolle, og med dette skape et best mulig samarbeid dem imellom. En utfordring med å bruke empowerment i praksis kan være begrensninger i pasientens medvirkning innenfor de rammene man har. Dette kan for eksempel være regler eller rutiner, som skal overholdes for å sikre forsvarlig helsehjelp.

Som nevnt i 5.1 finnes det flere utfordringer rundt helsepersonells kompetanse når det gjelder undervisning og veiledning. Ifølge Tveiten (2020, s.79-80), kan helsepersonellens kompetanse også sees på som kritisk i empowerment-prosessen. Her kan det vises til artikkelen «Health education competence, self-management» der Vågan et. al. (2016, s. 1-

6) stiller spørsmål ved helsepersonells holdninger, kunnskap om samhandling og pedagogikk, og videreutvikling av denne kunnskapen. Ved bruk av artiklene «Education Competence, Self-Management» av Vågan et al. (2016, s.1-6) og «Patients` perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark» av Laursen et al. (2017, s.1039-1043) i 5.1, drøftet vi blant annet spesielle holdninger og evner som anses å være fordelaktige når sykepleier skal undervise og veilede pasienter. Dette inkluderer blant annet evnen til å vise empati, respekt og omsorg, samt å fremtre med ikke-dømmende holdninger. For det første viste det seg at sykepleierens ikke-dømmende holdninger og evnen til å vise empati, respekt og omsorg, hadde en positiv effekt på relasjonen som ble etablert mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleierens holdninger styrket videre pasientens motivasjon for å delta i pasientundervisningen. I begge artiklene kommer det altså tydelig fram at pasientenes følelse av empowerment er en sentral del av hvordan de både opplever og tar imot veiledning og undervisning.

5.3 Hvordan forene hverdagen i hjemmebaserte tjenester med ideell praksis

Det eksisterer lovverk og yrkesetiske retningslinjer, som er spesifikt rettet mot å sikre god kvalitet på helsehjelpen og som skal regulere plikter og rettigheter hos både pasienter og helsepersonell. Når det kommer til helsetjenester i hjemmet, står både pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven sentralt. Til tross for relevante lovverk som helsepersonell plikter å sette seg inn i, er ikke alltid hverdagen i hjemmebaserte tjenester forenelig med ideell praksis.

Pasient- og brukerrettighetsloven viser til at pasienten har rett til informasjon om egen sykdom, samt rett til å medvirke i ulike tjenesteformer, undersøkelser og behandlingsmetoder. For at pasienten skal kunne ta stilling til medvirkning i behandling av sykdommen, er det nødvendig at vedkommende har innsikt i egen tilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Forskningsartikkelen til Davies et al. (2019,s. 93) «Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being» konkluderer på den andre siden med at en stor prosentandel av pasientene ikke engang var klar over at de hadde

diagnosen DM2. Pasientene som var uvitende om diagnosen, rapporterte betydelig dårligere helsetilstand. Det er kjent at DM2 ofte utvikler seg langsomt, noe som fører til at mange lever med sykdommen i flere måneder eller år før diagnosen blir satt. Økte ressurser til utredning av diabetes er essensielt for at sykepleierne i hjemmebaserte tjenester skal kunne gi god sykepleie og tilpasset behandling. Dette gjelder både behandling som symptomlindring, undervisning og veiledning.

En sentral lov i helsetjenesten er helsepersonelloven, som blant annet fremmer pasientsikkerhet gjennom krav om dokumentasjonsplikt, jf. §39 og §40. Journalen skal etter loven inneholde de nødvendige opplysningene om helsetilstanden til pasienten (Helsepersonelloven, 1999). På den andre siden konkluderer artikkelen «Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study» av Heimro et al. (2021, s.1-2) med at det er store mangler i føring av diabetesbehandlingen i pasientenes journaler. Noen av manglene i dokumentasjonen knyttet seg til behandlingsmål, diagnose og rutiner som for eksempel blodsuktermåling. Mangel på slik dokumentasjon, skaper problemer når man skal fremme pasientenes egenomsorg, og utfordrer i tillegg sykepleiers dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §39-40). I tillegg til at pasientsikkerhet settes på spill, vil manglende dokumentasjon i journal kunne føre til at viktig behandling ikke blir fulgt opp, og at helsepersonellet i hjemmetjenesten står uten mulighet til å tilpasse behandlingen individuelt. Det kan stilles spørsmål ved hvorfor behandling og oppfølging ikke blir journalført eller dokumentert. Det kan tenkes at både tidspress og utfordringer med kompetanse knyttet til digitale verktøy er mulige årsaker. Forskerne i artikkelen av Heimro et. al. (2021, s.1-2) konstaterer også selv at fremtidige studier bør forske videre på hvorfor det forekommer en slik mangel på dokumentasjon.

For at sykepleier skal kunne gi god pedagogisk sykepleie, er det en fordel å ha en målrettet behandlingsplan. Dette utfordres imidlertid når pasientoppfølgingen har manglende dokumentasjon. I hjemmebaserte tjenester får pasientene ofte besøk av forskjellige pleiere med ulik utdanningsbakgrunn og ulik kjennskap til vedkommende. Helsepersonellet er da avhengige av et godt samarbeid for å gi god behandling og god individuell oppfølging til hver enkelt pasient. For å kunne sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmebaserte tjenester er

dokumentasjon og kommunikasjon mellom de ansatte to sentrale forutsetninger. Dokumentasjonen må være oppdatert og nøyaktig slik at alle forstår journalføringen. Dokumentasjonen som føres, blir bevismateriale for hvilken helsehjelp som er utført, og hva som har skjedd dersom uønskede hendelser har oppstått. Krav til dokumentasjon skal derfor ses på lik linje som forsvarlig yrkesutøvelse og taushetsplikt (Fjørtoft, 2016, s. 184).

Hjemmebaserte tjenester styres blant annet av organisatoriske og ressursmessige rammefaktorer (Fjørtoft, 2016, s.159). Organisatoriske rammefaktorer kan kort oppsummeres som hvordan tjenesten er organisert. Ifølge Tveiten (2016) kan både organisatoriske og ressursmessige rammer påvirke når på dagen sykepleieren kommer, og dette kan videre påvirke hvor mottakelig pasienten er for veiledning. Når det gjelder ressursmessige rammer i hjemmebaserte tjenester, er personalet og deres kompetanse den viktigste rammefaktoren. Her har eksempelvis kommunen et ansvar når det gjelder å ansette både sykepleiere og andre helsearbeidere slik at det ikke er mangel på kompetente fagpersoner (Fjørtoft, 2016, s. 160). Videre mener Fjørtoft (2016) at helsepersonellens kompetanse og holdninger kan være avgjørende for pasientenes begrensninger og muligheter, noe som også kommer tydelig fram i forskningsartikkelen til Laursen et al. (2017, s.1039-1043), tidligere drøftet i 5.2. Her hadde sykepleiernes holdninger stor innvirkning på hvordan pasientene opplevde å bli møtt med forståelse og støtte, i tillegg til at det hadde en positiv effekt på undervisning og veiledning.

Tiden er en annen rammefaktor, som kan sette begrensninger for omsorgsyteren i hjemmetjenesten. Samhandlingsreformen fra 2012 har også ført til et større ansvar for de ansatte i hjemmebaserte tjenester. Sykepleierne i hjemmebaserte tjenester har etter reformen fått flere og sykere pasienter, som igjen fører til et økt behov for kompetanse og tid (Fjørtoft, 2016, s. 164). Selv om et pasientoppdrag er planlagt og innen en tidsramme, kan det forekomme uforutsette hendelser som krever mer tid. I arbeid med mennesker er dette noe man bør regne med. De siste ti årene har det vært svært store endringer i hjemmebaserte tjenester, mye knyttet til stadige omorganiseringer for effektivisering. Kommunene har blant annet prøvd ut flere organisatoriske prosjekter for å effektivisere tjenesten. Effektiviteten i hjemmetjenesten blir målt i antall pasienter og ikke i kvalitet på omsorgen til hver enkelt tjenestemottaker (Fjørtoft, 2016, s. 149). Fjørtoft (2016) viser

videre til at begrensede ressurser i hjemmetjenesten går utover individuelle hensyn og sykepleiefaglig omsorg. Videre vises det til at tidspress i høy grad påvirker samhandlingen mellom pasient og sykepleier. I 5.2 drøftet vi nettopp viktigheten av godt samarbeid mellom pasient og sykepleier, og hvor mye dette hadde å si for pasientens motivasjon, selvbestemmelse og mottakelighet for veiledning og undervisning (Fjørtoft, 2016, s. 149).

I en ideell verden hadde hjemmebaserte tjenester hatt ubegrensede ressurser i form av både økonomi og kompetanse, men slik er det ikke. Man blir derfor nødt til å se på alternative løsninger, slik som eksempelvis å bruke sykepleierne der behovet for den sykepleiefaglige kompetansen er størst. Noen viktige forutsetninger for å jobbe som sykepleier i hjemmebaserte tjenester, er evnen til å jobbe både selvstendig og evnen til å samarbeide i team. Sykepleieren må ha klinisk erfaring og skjønn for å kunne ta avgjørelser og vurderinger rundt pasientens funksjonsstatus. Sykepleieren jobber tverrfaglig for blant annet å optimalisere og fremme framkommelighet og trygghet i hjemmet, kartlegge familiedynamikk og samarbeid med pårørende, og hjelpe pasienten i kontakt med andre instanser i kommunen etter behov. Ikke minst skal sykepleieren kjenne til pasientens diagnoser og medikamenter (Yeager, J.J., 2019, s.11). Sykepleieren har med andre ord en spesiell kompetanse, som videre bør prioriteres på riktig sted. Eksempelvis kan det diskuteres om det er hensiktsmessig at en sykepleier skal få oppdrag som innebærer å hjelpe en pasient med å lage frokost, da dette er et oppdrag som ikke innebærer spesiell kompetanse innad i et team, som ofte består av både pleieassistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Her er det viktig at sykepleier er sin rolle bevisst. Der det er tidspress og mangel på sykepleiefaglig kompetanse, vil det være viktig å bruke sykepleierne på riktig sted.

5.4 Hvordan pårørende kan spille en rolle i pasientens egenomsorg

En viktig del av pasientens ressurser er vedkommendes sosiale nettverk, og det er derfor sentralt å kartlegge nettopp dette (Fjørtoft, 2016, s. 115). Pårørende blir i pleie- og omsorgstjenestene kalt «de usynlige hjelperne». I de fleste tilfellene gjør pårørende en viktig jobb overfor både helsepersonell og pasient. Det er viktig at pårørende føler seg

trygge på helsevesenet, og at helsepersonell forhører seg om hvordan pårørende opplever situasjonen, og hva de har behov for. Flere pårørende har i lik grad med pasienten, behov for veiledning og undervisning for å få innsikt i sykdommen (Fjørtoft, 2016, s. 114-115).

Ifølge Orems egenomsorgsteori er et av sykepleiens ansvarsområder «relevante aspekter ved pasientens omgivelser», altså pasientens omgivelser sett i et sykepleieperspektiv (Kirkevold, 1998, s. 136). Dette ansvarsområdet omhandler faktorer i pasientens omgivelser, som igjen påvirker egenomsorgskapasitet og helserelaterte egenomsorgskrav. Til syvende og sist handler det om å finne pasientens ressurser. Pårørende er et relevant aspekt ved pasientens omgivelser og spiller, ifølge Orem, en viktig rolle som omsorgsgiver. Dersom pårørende er i stand til det, kan de overta pasientens egenomsorg, der pasientens egenomsorgskrav blir for store opp mot egenomsorgskapasiteten (Kirkevold, 1998, s. 136).

I kapittel 4 i boken «Hjemmesykepleie» vises det til at pårørende kan ha både positiv og negativ innvirkning på pasienten og dens egenomsorg (Fjørtoft, 2016, s.113). I mange tilfeller vil det også være en blanding, med både positive og negative innspill. Pårørende er for mange pasienter og ansatte i hjemmebaserte tjenester en viktig ressurs for å klare å utøve egenomsorg. De kjenner til pasientens ressurser, hvordan pasienten fungerer i hverdagen, og i mange tilfeller kjenner de til pasientens livshistorie. Pårørende gjør et viktig omsorgsarbeid, som kan gi en følelse av mening og innhold i livet til pasienten. På den andre siden understreker Fjørtoft at pårørende også kan være en negativ samarbeidspartner i hjemmebaserte tjenester. Enkelte pasienter har pårørende som kan være utfordrende å forholde seg til, og som har urealistiske forventninger til hva helsetjenester i hjemmet innebærer. Med andre ord vil man som sykepleier i hjemmebaserte tjenester møte mange ulike forhold mellom pasientene og deres familie og venner (Fjørtoft, 2016, s.113).

Familierelasjonene kan i mange tilfeller være kompliserte. Helsepersonell i hjemmebaserte tjenester bør være forberedt på å kunne havne i situasjoner der man møter pårørende som er til psykisk, fysisk og/eller materiell skade for pasienten. Sykepleier skal tilse at pasienten mottar forsvarlig helsehjelp, og i situasjoner hvor negative relasjoner truer pasientens egenomsorg, skal sykepleier opptre som pasientens «advokat» for å sørge for at pasienten

har det best mulig. Det er ikke gitt at pårørende vet hva som er best for pasienten. Det viktigste tiltak i slike situasjoner er derfor dialog mellom alle partene (Fjørtoft, 2016, s. 113-115).

Artikkelen til Mayberry et al. (2019, s. 1380) «Assessing helpful and harmful family and friend involvement in adults`type 2 diabetes self-management» viser, i likhet med Fjørtoft (2016, s. 101-119), til at involvering fra pårørende både kan være positivt og skadelig. Skadelig innvirkning fra pårørende er når pårørende bidrar til å forverre pasientenes egenomsorg, noe som blant annet kan føre til redusert motivasjon til å håndtere hverdagen med diabetes. Artikkelen presiserer viktigheten av målrettede intervensjoner for å bedre den sosiale støtten til pasienter med DM2. Med målrettede intervensjoner menes det at pårørende mottar veiledning og undervisning i hvordan de kan støtte sine nære og kjære. Studien viste videre at det ikke nødvendigvis var hvor ofte pårørende involverte seg som betydde noe, men hvordan de involverte seg. Funnene understreker hvor viktig det er å undersøke nyttige og skadelige aspekter med involvering av pårørende. Forfatterne konkluderer med at en skadelig involvering fra familie og venner kan ha en sterkere innflytelse på pasientene enn en positiv involvering (Mayberry et al., 2019, s.1380).

Pårørende, eller «den sykes familie», er også en del av Travelbees sykepleieteori (1999). Hun inkluderer den sykes familie tidlig i sin teori og argumenterer for at det er en rød tråd mellom pasienten og deres pårørende. Hun presiserer viktigheten av at sykepleier fokuserer både på pasient og pårørende, og ikke setter noe klart skille mellom dem. Hun presiserer videre at sykepleier er til stor hjelp for pårørende ved å utføre god og kompetent sykepleie til pasienten, og at sykepleier alltid bør være tilgjengelig hvis de pårørende vil drøfte sykepleien som blir gitt til den syke (Travelbee, 1999, s. 259-260). Det vi savner fra denne delen av Travelbees teori er en anerkjennelse av at det ikke alltid er like lett å forholde seg til pårørende. Som nevnt tidligere er det selvsagt en fordel å ha et godt og tett samarbeid med pårørende, men det er ikke gitt at dette alltid er mulig, uansett hvor gode holdninger og samarbeidsevner sykepleier har. Vi opplever ikke at teorien gjenspeiler realiteten av det man kan møte i praksis, når den ikke gir rom for at de pårørende i enkelte tilfeller kan være utfordrende å forholde seg til.

Psykososial støtte fra nære pårørende er sentralt for å fremme empowerment (Mosand & Stubberud, 2016, s. 71). Ikke alle pasientene har pårørende rundt seg, og helsepersonellet blir da, for enkelte pasienter, deres eneste sosiale kontakter. Sosiale relasjoner er viktige for å fremme livskvalitet. Her kan personell i hjemmebaserte tjenester bidra med å bestille transport til forskjellige aktiviteter, søke om dagsenter og besøkstjeneste fra frivillige organisasjoner. Gjennom dette kan man dermed øke pasientens motivasjon. Det er viktig å legge til rette så godt som mulig for at pasienten skal få dekket sine sosiale behov, da dette vil fremme egenomsorg (Fjørtoft, 2016, s.116).

Helhetlig omsorg til pasienten vil si at sykepleier ikke bare ser pasienten, men også pårørende og deres behov. Dette står skrevet i de etiske retningslinjene hentet fra Norsk sykepleierforbund, hvor det heter at «*sykepleier samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet*». En annen etisk retningslinje som sykepleier har ansvar for at blir gjennomført er «*sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt*» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette kan i praksis skape noen etiske og juridiske utfordringer. Fra et juridisk perspektiv har helsepersonell forpliktelsene overfor pasienten. Samtidig har sykepleier et juridisk ansvar om å involvere pårørende. En viktig forutsetning for å kunne utøve god sykepleie og fremme egenomsorg hos pasienten, er kartlegging av pasientens behov for å danne en behandlingsplan. Dette kan i enkelte tilfeller være utfordrende dersom pasient og pårørende har ulike behov og ønsker. Et eksempel er uenigheter om hvor mye og hvilken type hjelp pasienten trenger. Kanskje ønsker pasienten kun hjelp fra pårørende, mens pårørende selv er sliten og har behov for hjelp av hjemmesykepleien. I slike tilfeller blir man satt i etiske dilemmaer hvor man må prøve å finne en løsning som dekker behov og ønsker til både pårørende og pasient (Fjørtoft, 2016, s. 102-103).

5. Konklusjon

Å fremme egenomsorg er en sammensatt utfordring, som krever at flere elementer er på plass. Pasientene i hjemmebaserte tjenester er uten kontinuerlig tilsyn fra sykepleier og annet helsepersonell store deler av dagen. Med andre ord kreves det en egeninnsats fra

pasienten, som selv må ønske å gjøre en endring for å mestre hverdagen med den kroniske sykdommen DM2. En forutsetning for å kunne undervise og veilede hjemmeboende eldre med DM2, er at sykepleier har kunnskap om både sykdommen og pasientgruppen. I tillegg bør sykepleier ha kunnskap innen pasientundervisning og veiledning. Fokus på å fremme pasientens empowerment kan ha en positiv effekt på pasientens mottakelse av undervisning og veiledning, som igjen vil øke pasientens egenomsorg. Ved å møte den eldre pasienten med omsorg, respekt og ikke-dømmende holdninger, legger sykepleier grunnlaget for at pasientens kunnskapsnivå og empowerment øker. Med andre ord kreves det en individuell tilnærming med et syn på pasienten som ekspert på seg selv.

For å vite hvordan man kan være til best mulig støtte for pasienten, har også pårørende behov for veiledning og undervisning om sykdommen. Der hvor pårørende ikke er til stede, er det viktig at sykepleier bidrar til å fremme pasientens psykososiale behov. En forutsetning for å utøve forsvarlig og individtilpasset sykepleie, er at pasientens tilstand og behandling blir tilstrekkelig dokumentert i pasientens journal. I hjemmebaserte tjenester er tid en avgjørende faktor for å kunne yte god omsorg til hver enkelt pasient. Det er derfor viktig at sykepleiekompetansen blir prioritert der behovet er størst.

Hvordan kan veiledning og undervisning fremme egenomsorg hos hjemmeboende eldre med diabetes mellitus type 2? I møte med denne problemstillingen konkluderer vi med at tre grunnpilarer hos sykepleier er kunnskap, ikke-dømmende holdninger og nok tid. Disse ressursene rustet sykepleier til å fremme pasientens empowerment, som igjen er en sentral faktor for pasientens mottakelighet for undervisning og veiledning.

6. Litteraturliste

Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I Skafjeld, A. & Graue, M (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 205-215). Akribe.

Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.

Bellary. S., Kyrou. I., Brown, J. E & Bailey. C. J. (2021). Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management. *Nature reviews Endocrinologi*, 17(9):534-548. <https://doi.org/10.1038/s41574-00512-2>

Bergen kommune. (2022, 23.feb). *Hjemmesykepleie*. Hentet 9.mars fra <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/helsetjenester/hjemmesykepleie/hjemmesykepleie>

Braut, G.S. (2020, 24.aug). *Hjemmesykepleie*. Store norske leksikon. Hentet 15. Mars fra <https://sml.sn.no/hjemmesykepleie>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal Akademisk.

Davies, T.T., Graue, M., Iglund, J., Tell, G.S., Birkeland, K., I, Peyrot. M. & Haltbakk, J. (2019). Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being. *Diabet. Med*, 36: 96-104. <https://doi.org/10.1111/dme.13790>

Diabetesforbundet. (2021,11.mars). *Årsaker og risiko for diabetes type 2*. Hentet 11.mars fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/arsaker-og-risiko/#section5>

Draznin, B., Aroda, V. R., Bakris, G., Benson, G., Brown, F. M., Freeman, R., Green, J., Huang, E., Isaacs, D., Kahan, S., Leon, J., Lyons, S.K., Peters, A. L., Prahalad, P., Reusch, J.E.B.

& Young-Human, D. (2022). Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes - 2022. *Diabetes care*, 2022;45(Suppl. 1): S195–S207. <https://doi.org/10.2337/dc22-S013>

Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Gyldendal Akademisk.

Fermann, T & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb. & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s.238-240). Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, -A, K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3.utg). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2020, 13. nov). *Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge*. Fhi. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 13. nov). *Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge*. Fhi. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

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

Graue, M., Dunning, T., Hausken, M. F. & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31:4, 241-247, <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.854445>

Hanssen, I. (2014). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s.39-44). Gyldendal akademisk.

Heimro, L.S., Hermann, M., Davies, T.T., Haugstvedt, A., Haltbakk, J. & Graue, M. (2021). Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study. *BMC Endocrine Disorders* (2021) 21:46.
<https://doi.org/10.1186/s12902-021-00713-w>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2021-06-18-118). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistor*. Hentet 23.mars fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Iversen, M. (2014). Diabetes. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 497-510). Oslo: Gyldendal akademisk.

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen - nøkkel til bedret mestring? I Skafjeld, A. & Graue, M (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236). Akribe.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Klette, G.S., Evju, A.S., Kasén, A. & Bondas, T. (2014). Egenomsorg. *Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap*, 102(2) (62-64).
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0013>
- Landin-Olsson, M. (Red.). (2020). *Diabetes*. Studentlitteratur.
- Laursen, D. H., Frølich, A. & Christensen, U. (2017). Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(4), 1039-1047. <https://doi.org/10.1111/sch.12429>
- Mayberry, L.S., Berg, C.A., Greevy, R.A. Jr. & Wallston, K.A. (2019). Assessing helpful and harmful family and friend involvement in adults' type 2 diabetes self- management. *Patient Educ Couns*, 102(7):1380-1388. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.027>
- Mosand, R. D. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5.utg., s.51-54). Gyldendal Akademisk.
- Møller, A. F. (2019). *Systematisk litteraturstudie, SLS -metodeanvisning til bruk på professionsbachelorstudier*. Sundhedsprofessionelle Studier, 3(4), 2.
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 3.mars 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orem, D.E. (1995). *Nursing concepts of practice* (5.utg.). Mosby Inc. United States of America.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.m.* (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.). Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagforlaget.

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.utg.).
Fagbokforlaget.

Vågan, A., Eika, K. & Skirbekk, H. (2016). Health education competence, self- management.
Sykepleien Forskning, 11(59702): e-59702. 10.4220/Sykepleienf.2016.59702en

Yeager, J.J. (2019). Overview of Gerontologic Nursing. I S.E. Meiner. & Yeager. J.J (Red.),
Gerontologic Nursing. (6.utg., s.2-17). Elsevier.