

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Oppfølging og opplæring av pasienter med diabetes mellitus type 2 i hjemmesykepleien



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 05.05.2022

X Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Flere lever med DM2 (diabetes mellitus type 2) også uten å vite om det. Dersom sykepleier har kunnskap om sykdom og behandling kan det bidra til å bremse utvikling av sykdom og senkomplikasjoner. Vi opplever at ansatte i hjemmesykepleien har utilstrekkelig kunnskap om konsekvensene av dårlig regulert blodglukose og hvilke komplikasjoner det medfører.

Hensikt

Hensikten med oppgaven å se på hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan sikre oppfølging og opplæring av pasienter med DM2 for å styrke pasientens egenomsorg og utsette utvikling av senkomplikasjoner.

Metode

I oppgaven har vi brukt integrativt litteraturstudie hvor vi har brukt tidligere forskning for å få kunnskap rundt tema. Vi brukte resultatene fra fire vitenskapelige artikler sammen med relevant teori og egne refleksjoner til å besvare vår hensikt.

Resultater

Resultatene viser at sykepleiere har utilstrekkelig kunnskap om risikofaktorer for senkomplikasjoner ved DM2 samt at det er manglende dokumentasjon av nødvendig informasjon om sykdommen. I tillegg har pasienter ofte utfordringer med egenmestring og motivasjon for endring av sine levevaner.

Nøkkelord: Diabetes mellitus type 2, senkomplikasjoner, livsstilsendring, egenmestring, dokumentasjon, veiledning, sykepleiekunnskaper, oppfølging og opplæring.

INNHold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
2.0 TEORIKAPITTEL	7
2.1 Sykepleie	7
2.1.1 Omsorg	7
2.2 Diabetes mellitus type 2	7
2.2.1 Komplikasjoner ved DM2	8
2.3 Sykepleie ved DM2	9
2.3.1 Forebygging av komplikasjoner ved DM2	10
2.4 Livsstil	11
2.4.1 Livsstilsendring	11
2.5 Egenmestring	12
2.6 Dokumentasjon	12
2.7 Tverrprofesjonelt samarbeid	13
3.0 METODE	14
3.1 Integrativ litteraturstudie	14
3.2 Søkeprosess	14
3.2.1 Valg av søkestrategi og inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.2.2 Valg av databaser	15
3.2.3 Valg av søkeord	15
3.3 Analyse av artikler	16
4.0 RESULTAT	18
4.1 Livsstilsendring	18
4.1.1 Tiltak for livsstilsendring	18
4.1.2 Utfordringer i hverdagen med DM2	19
4.2 Egenmestring	19
4.3 Sykepleieres kunnskap om risikofaktorer og senkomplikasjoner ved DM2	20
4.4 Oppfølging	21
4.4.1 Sykdomslære	21
4.4.2 Manglende kartlegging og dokumentasjon i pasientjournal	21
5.0 DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.1.1 Integrativ litteraturstudie som metode	22

5175 & 5342

5.1.2 Fagfelleverderte artikler og forfatterens bakgrunn	22
5.1.3 Kvalitativ og kvantitativ metode	22
5.1.4 Geografisk avgrensning, språk og årstall	22
5.1.5 Perspektiv	23
5.1.6 Endring av hensikt underveis	23
<i>5.2 Resultatdiskusjon</i>	23
5.2.1 Livsstilsendring	23
5.2.2 Egenmestring	24
5.2.3 Sykepleieres kunnskap om risikofaktorer og senkomplikasjoner ved DM2	25
5.2.4 Oppfølging	26
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	29
LITTERATUR	30
VEDLEGG 1	33
VEDLEGG 2	35

Antall ord: 7365

1.0 INNLEDNING

I denne bacheloroppgaven vil vi se på hvordan sykepleier kan styrke pasientens egenomsorg ved DM2 og hvordan en kan utsette senkomplikasjoner. Vi ønsker å se nærmere på hva som kreves av opplæring og oppfølging fra sykepleier til pasienter med DM2 i hjemmesykepleien. DM2 er en kronisk sykdom og den hyppigste formen for diabetes. Sykdommen skyldes nedsatt funksjon av insulin og karakteriseres av vedvarende forhøyet blodglukose (Jensen, 2016, s. 394). Høy blodglukose over tid utgjør en risiko for å utvikle senkomplikasjoner. Ordet “livsstilssykdom” blir ofte brukt om DM2 og sykdommen har de siste årene blitt mer vanlig i yngre alder som har en sammenheng med økt overvekt og fedme i befolkningen (Helsebiblioteket.no, 2021). Endring i livsstil er grunnsteinen i behandlingen av DM2 og kan bidra til å bremse utviklingen av sykdommen som igjen vil utsette senkomplikasjoner.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Flere lever med DM2 og flere har sykdommen uten å vite om det. Ved kunnskap om sykdommen og endring av livsstil kan en bremse utviklingen av sykdommen og senkomplikasjonene som følger med. Vi har begge to ved siden av studiet jobbet flere år i hjemmesykepleien og møtt pasienter med DM2. Vi opplever at det blant de ansatte er mangel på kunnskaper om konsekvensene av dårlig regulert blodglukose og hvilke komplikasjoner det medfører. Dersom blodglukosen er forhøyet over tid øker risikoen for utvikling av komplikasjoner (Diabetesforbundet, 2021). På bakgrunn av dette ønsker vi å styrke vår faglig kompetanse på det området og stille sterkere når vi selv er ferdig utdannet sykepleiere i møte med denne pasient gruppen.

1.2 Problemformulering

DM2 er en arvelig, kronisk sykdom der blodglukosen blir for høy. Sykdommen utløses oftest av overvekt og inaktivitet. Dersom pasientene med DM2 går med for høy blodglukose over tid vil det føre til senkomplikasjoner (Diabetesforbundet, 2021).

Ifølge Marjolein Mamelink Iversen, professor ved Høgskolen på Vestlandet, er det lite samsvar mellom retningslinjer og klinisk praksis ved oppfølging og behandling av eldre med diabetes i primærhelsetjenesten. Forskning fra Bergen tyder på at hjemmesykepleien ikke følger kunnskapsbaserte anbefalinger. Det svikter på mange områder ved at det er mangelfull oppfølging og rutiner. Det er mangel på individuelle behandlingsplaner, dokumentasjon av medikamentbruk og blodglukosemåling (Wiig, 2021).

Vi tenker at ny kunnskap om temaet vil kunne bidra til å styrke sykepleiers evne til å fremme pasientens egenomsorg. Hos pasienter med DM2 er egenbehandling sentralt og det er viktig å styrke pasientens egenomsorg gjennom god sykepleie. Det innebærer oppfølging og opplæring av pasienter slik at de kan være med på å utsette senkomplikasjoner.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven å se på hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan sikre oppfølging og opplæring av pasienter med DM2 for å styrke pasientens egenomsorg og utsette utvikling av senkomplikasjoner.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Sykepleie

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s.17). Som sykepleier møter du mennesker med behov for hjelp med utgangspunkt i sine grunnleggende behov og opplevelser av og reaksjoner på sin situasjon. “Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleie bygger på et fundament av teoretisk kunnskap innen sykepleiefaget, naturvitenskaplige, samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag. En sykepleier må også bruke sansene bevisst og oppmerksomt i møte med pasienten. Sykepleier har ifølge de yrkesetiske retningslinjene plikt til å ivareta pasientens rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette støttes også opp av helsepersonelloven § 4 hvor forsvarlighet omtales. “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Faglig forsvarlig sykepleie handler om hvordan den enkelte utøver arbeidet og er til daglig det vi kaller god praksis (Norsk sykepleierforbund, u.å).

2.1.1 Omsorg

Omsorg kan defineres som “noe vi opplever og føler, og som skjer i forholdet mellom to eller flere personer” (Stai, 2020). Det utgjør grunnlaget for den menneskelige eksistens og kan derfor utgjøre grunnlaget for sykepleie. Sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Katie Eriksson har begge vært med på å utvikle teorier i sykepleievitenskapen. Kari Martinsen vektlegger at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker og at den bygger på “...felleskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger forventninger om gjenytelser” (Kirkevold, 2020). Kari Martinsen sier også at omsorgen skal vises gjennom praktiske handlinger. Katie Eriksson har også omtalt omsorg og hennes teori har noen likhetstrekk med Martinsens. Hun mener at omsorgen skal ha et helsefremmende formål (Kirkevold, 2020).

2.2 Diabetes mellitus type 2

Ordet diabetes kommer fra det greske ordet “diabainein” som betyr å renne gjennom og det latinske ordet “mellitus” som betyr søt (Åsvold, 2021). Det viser til den økte urinutskillelsen og søtlige smaken urinen har ved diabetes.

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom og den hyppigste formen for diabetes. Sykdommen karakteriseres av en vedvarende forhøyet blodglukose. DM2 skyldes nedsatt funksjon av insulin som er et hormon som er sentralt i reguleringen av sukkeromsetningen i kroppen.

Hos pasienter med DM2 foreligger det som regel insulinresistens. Det vil si at de kreves mer insulin en normalt for å ta opp glukose i muskulaturen, dempe glukoseproduksjonen i leveren og dempe frigjøringen av fettsyrer fra fettcellene (Jenssen, 2016). En kombinasjon av disponerende gener, livsstil og overvekt gjør at pasientene utvikler insulinresistens og kardiovaskulære risikofaktorer som høyt blodtrykk og lipidforstyrrelser.

I starten av forløpet gir sykdommen lite symptomer og utvikler seg over tid. Det tar gjerne 10-12 år før en får stilt diagnosen. På grunn av at sykdommen har et symptomfattig forløp over tid har ca. halvparten av pasientene en komplikasjon relatert til diabetesen på det tidspunktet diagnosen stilles (Jenssen, 2016, s.394). Insulinresponsen til pasienter med DM2 vil avta etter hvert som årene går og det kan oppstå behov for behandling med insulin.

Behandlingen til DM2 omhandler å ha kontroll over blodglukosen, kontrollere blodtrykket og blodlipidene (kolesterol og triglyserider) (Jenssen, 2016, s.395). For pasientene med DM2 vil det være nødvendig med tilrettelegging av levevaner i forhold til å holde blodglukosen, blodtrykket og lipidene under kontroll, dersom dette ikke er tilstrekkelig må legemiddel legges til.

(Jenssen, 2016, s. 387-398).

2.2.1 Komplikasjoner ved DM2

Komplikasjonene til DM2 deles inn i mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjoner. En oversikt over komplikasjonene vises i tabellen under.

Tabell 1: oversikt over diabetes komplikasjoner

Skadetype	Organer som rammes
Mikrovaskulære	Øynene (retinopati)
	Nyrene (nefropati)
	Nervetråder (nevropati)
Makrovaskulære	Hjertet (koronar iskemisk sykdom)

	Hjernen (transitorisk iskemisk anfall (TIA) eller hjerneslag)
	Beina (sirkulasjonssvikt i fot eller legg).

(Jenssen, 2016, s.396)

Høy blodglukose utgjør en risiko for utvikling av mikrovaskulære komplikasjoner. Pasienter med DM2 er disponert for hypertensjon selv om de ikke har nyreskade. Det er ofte ukjent årsak til hypertensjonen. Flere enn halvparten av pasientene har i tillegg en risikabel lipidprofil som gjør at de er utsatt for makrovaskulære komplikasjoner. Det er først i de senere år at fokuset har endret seg fra å ikke bare behandle blodglukosen, men også blodtrykket og lipidene. Dette med et realistisk håp at mer aggressiv behandling av risikofaktorene vil bidra til å senke forekomsten av kardiovaskulær sykdom hos pasientene med DM2 (Jenssen, 2016, s.396).

2.3 Sykepleie ved DM2

Sykepleierens rolle vil være helt eller delvis sentral i behandlingen hos pasienter med DM2, dette avhenger av pasientens ressurser og sykdomstilstand. Målet med behandlingen er å strebe etter en blodglukoseverdi tilnærmet normalverdi. Sykepleierens funksjon vil ved nyoppdaget diabetes være å undervise og veilede, mens ved akutt og kritisk sykdom vil den være behandlende og forebyggende. Da vil det være mulig å måtte kompensere helt eller delvis for pasientens egenomsorg. Her benyttes sykepleieprosessen som arbeidsmetode (Stubberud, 2017, s. 63). Sykepleieprosessen består av "... å kartlegge pasientens helsetilstand, identifisere pasientens sykepleierelevante helseproblemer, og deretter planlegge å løse og løse dem" (Kirkevold, 2021).

Figur 1: Sykepleieprosessen (Laugaland, 2019).



I møte med pasienter med DM2 vil sykepleier foreta datasamling og kliniske vurderinger ved hjelp av metoden SKUV (systematisk klinisk undersøkelse og vurdering) sammen med målinger, kartleggingsskjema og samtaler med pasienten. Målingene vil bestå av å måle pasientens blodglukose, dette er en vesentlig del av behandlingen. De fleste med DM2 utfører målingen selv, men ved sykdom og funksjonssvikt vil det være sykepleiers oppgave, og i noen tilfeller annet helsepersonell. Hvilke tider en skal måle blodsukker er individuelt for pasientene, men de fleste måler fastende, før måltid, 1,5-2 timer etter måltid og om kvelden før leggetid (Mosand & Stubberud, 2017, s. 63).

For å ivareta pasienter med DM2 sitt grunnleggende behov er det viktig med riktig ernæring, tilstrekkelig insulin og fysisk aktivitet. Dette bidrar til at blodglukosenivået holdes stabilt sammen med andre faktorer som eventuelle andre sykdommer og pasientens psykiske helse. Ernæringsråd til pasienter med DM2 er å ha tilnærmet normalkost, med lavere sukker-, fett- og saltinnhold. Administrering av insulin tilpasses den enkelte pasients behov og sykepleiers oppgave vil enten være opplæring i administrering eller hjelp til administrering. Ved fysisk aktivitet forbrukes glukose, og blodglukosenivået senkes under og etter. Det vil også føre til et lavere insulinbehov som igjen fører til at insulinfølsomheten blir større. Derfor vil fysisk aktivitet være en positiv faktor (Mosand & Stubberud, 2017, s. 64-68).

2.3.1 Forebygging av komplikasjoner ved DM2

For å kunne forebygge senkomplikasjoner hos pasienter med DM2 er det viktig å belyse dem og mulige risikofaktorer. Hos pasienter med nyoppdaget DM2 må en legge vekt på hvordan en kan forebygge senkomplikasjoner, mens hos pasienter med allerede oppståtte tegn må videre utvikling hindres og eventuelt behandles. "Senkomplikasjoner kan forebygges med følgende tiltak

- å utføre god daglig egenkontroll med sykdommen
- å tilstrebe god blodglukoseregulering
- å være i fysisk aktivitet
- å tilstrebe normalvekt
- å unngå røyking
- å gjennomføre god fotpleie
- å gå til regelmessig legekonsultasjon" (Mosand & Stubberud, 2017, s. 75).

2.4 Livsstil

Livsstil defineres som "... summen av enkeltpersoners levevaner og atferd" (Hem, 2020). Det handler om måten personen lever på og påvirkes i høy grad av omgivelsene. At det er en sammenheng mellom valg av livsstil og helse er ikke noe nytt. Legekunstens far, Hippokrates, fremhevet betydningen av gode levevaner (Kristoffersen, 2017, s.297).

2.4.1 Livsstilsendring

"Begrepet livsstil blir som oftest knyttet til sykdom, derav uttrykket "livsstilssykdom" (Kristoffersen, 2017, s. 299). DM2 har de siste årene blitt mer vanlig i yngre alder, noe en ser har sammenheng med økning i overvekt og fedme i befolkningen. Ordet "livsstilssykdom" blir derfor ofte brukt om DM2 (Helsebiblioteket.no, 2021). I helsedirektoratets retningslinjer for diabetes er fysisk aktivitet, endring av kosthold, vektreduksjon og røykeslutt anbefalt for å forebygge og bremse utviklingen av DM2 (Helsedirektoratet, 2021).

Fysisk aktivitet er en viktig faktor av livsstilendringene, når kroppen er fysisk aktiv bruker musklene glukose som energi som gjør at blodglukosen går ned. Musklene blir mer følsomme for insulin som igjen fører til at det lettere tar opp glukose fra blodet (Diabetsforbundet, 2021). Fordelen med fysisk aktivitet er økt energiforbruk, og det sammen med et sunt kosthold kan føre til vektreduskjon. Vektreduksjon hos pasienter med DM2 vil være positivt da det fører til mindre insulinbehov. Da kan det ofte være tiltrekkelig med pasientens egenproduksjon av insulin slik at blodglukosen er tilfredsstillende. Ved å være i fysisk aktivitet vil pasienten også kunne forebygge utviklingen av senkomplikasjoner ved at lipidinnholdet i blodet bedres, triglyseridnivået senkes og HDL kolesterolet øker.

Livsstilsendring i form av kostholdsendring og endring i aktivitet krever sterk vilje og motivasjon, og pasientene har også behov for støtte og oppfølging av sykepleier. For at pasientene skal oppleve den positive effekten fysisk aktivitet har, er det viktig at pasienten får kunnskap om effekten aktivitet har på kroppen. Kunnskapen bør de får i form av teori, men også av egne erfaringer (Mosand & Stubberud, 2017, s. 68).

Kosthold er også en viktig del av livstilsendring og egenbehandling. Blodglukosen, kolesterolet og blodtrykket påvirkes av det du spiser. Det anbefales at kosten er mest mulig lik anbefalingene om normal kost, men at sukker- og fettinnholdet i kosten er lavere. Målet er å ha et kosthold med gunstig virkning på blodglukosenivået slik at det ikke blir for høyt eller lavt. Dette vil på lang sikt bidra til å forebygge utvikling av senskader og hjerte- og karsykdommer (Mosand & Stubberud, 2017, s. 64). Mindre og hyppigere måltid vil ha

gunstig effekt på blodglukosekontrollen ved at kroppen da får et jevnt energitilskudd og mengden per måltid ikke blir for stor. Mange med DM2 vil med denne typen kosthold kunne ha egenproduksjon av insulin som er tilstrekkelig for å holde blodglukosenivået tilfredsstillende. Hvilke matvarer pasientene velger vil også ha betydning for blodglukosen og derfor er det viktig at pasientene har kunnskap om hvilken effekt de ulike matvarene har slik at de kan tilpasse seg (Mosand & Stubberud, 2017, s. 66). “Sykepleierens kompetanse har betydning for hvordan pasientens behov for ernæring ivaretas” (Stubberud, Kondrup & Almås, 2017, s. 18). Det er da viktig at sykepleier har kunnskaper om pasientens energibehov, hvilke konsekvenser det kan være med feil- og underernæring og sykepleierens holdninger til pasientens ernæring (Stubberud, Kondrup & Almås, 2017, s. 18).

2.5 Egenmestring

I diabetesbehandlingen er målet at pasienten skal oppnå egenomsorg og for å oppnå dette må en fremme pasientens selvstendighet i mestring av sykdommen (Mosand & Stubberud, 2017, s. 52). Sentralt i behandling er empowerment som kan sammenlignes med brukermedvirkning. “Et mål med sykepleierens pedagogiske virksomhet er å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv. Mange kaller denne prosessen empowerment eller myndiggjøring” (Kristoffersen, 2017, s.351). Empowerment gjør at pasienten får mulighet til å ta egne valg og sette egne mål og da blir pasienten satt ansvarlig for valgene han tar. Sykepleierens rolle her vil være å aktivt veilede pasienten gjennom denne prosessen (Mosand & Stubberud, 2017, s.52). Man kan si at når pasienten mestrer å omsette kunnskapen til praksis da mestrer han sykdommen, og da reduseres risikoen for senkomplikasjoner (Mosand & Stubberud, 2017, s. 70).

2.6 Dokumentasjon

Ifølge *helsepersonelloven (1999)* skal “Den som yter helsehjelp ... nedtegne eller registrere opplysninger ... i en journal for den enkelte pasient.” (Helsepersonelloven, 1999, §39). Journalen “...skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen.” (Helsepersonelloven, 1999, § 40). Dette vil si at sykepleiere har plikt til å dokumentere all sykepleie som gis, og dette gir grunnlag for diagnostikk, behandling, oppfølging og planlegging. I tillegg skal det være juridisk dokumentasjon for å vise til observasjoner, tiltak og tjenester som er gjort. Dokumentasjon er også en måte for helsepersonell å kommunisere på og det bidrar også til god pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen (Nortvedt, & Grønseth, 2017, s. 28).

2.7 Tverrprofesjonelt samarbeid

Tverrprofesjonelt samarbeid er et samarbeid mellom forskjellige profesjoner som streber etter å nå et felles mål. For å nå det felles målet skjer dette best ved en samordning av forskjellige typer kompetanser og resultatet er forventet å være bedre enn om hver kompetansegruppe løste oppgaven hver for seg (Bredland, E.L., Linge, O.A., Vik, K., 2018, s.55 & 200). Manser (2009) mener at det er en sammenheng mellom tverrprofesjonelt samarbeid og pasientsikkerhet (Schibeavaag, Laugaland & Aase, 2015, s. 134). “Manser (2009) peker videre på fire faktorer som har betydning for tverrfaglig samarbeid: (1) Felles situasjonsforståelse og respekt for hverandre, (2) Kommunikasjon, (3) Koordinering og (4) Ledelse” (Schibeavaag, Laugaland & Aase, 2015, s. 134-135).

3.0 METODE

“Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap, et hvilket som helst middel som tjener formålet hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2017, s. 51).

Empiriske studier benytter hovedsakelig kvalitativ metode, kvantitativ metode eller en kombinasjon av disse. En kombinasjon av begge metodene vil gi en bedre forståelse av samfunnet, hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017, s.52). Fordelen ved å bruke kvantitativ metode er at de gir oss målbare enheter i motsetning til kvalitativ metode som fokuserer på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s.52). Kvalitativ metode gir muligheten til å gå i dybden og dataen som samles inn tar sikte på helhet og sammenheng. I denne oppgaven har vi valgt å kombinere forskningsartikler som benytter kvalitativ og kvantitativ metode for å få en helhetlig forståelse av problemet.

3.1 Integrativ litteraturstudie

I denne oppgaven har vi valgt å anvende integrativ litteraturstudie etter Fribergs metode (2017). En litteraturstudie handler ifølge Friberg om å fordype seg i eksisterende forskning for å få ny kunnskap. Gjennom det integrative litteraturstudiet skal man gjennomføre en datareduksjon, skape oversikt, trekke frem likheter, trekke konklusjoner og verifisere og videre sette sammen resultatene fra de ulike studiene til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). Ved å bruke integrativt litteraturstudie fremfor allmenn litteraturstudie får vi muligheten til å sammenligne resultatene fra de ulike artiklene og trekke egne konklusjoner. Dette tenker vi er nyttig for å kunne besvare oppgavens hensikt.

(Friberg, 2017, s. 25, 141, 150).

3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen startet med å velge hvilken søkestrategi vi ønsket å benytte og vi endte opp med strukturert litteratursøking. Ut fra vår hensikt utarbeidet vi aktuelle inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre brukte vi biblioteket ved Universitetet i Stavanger sine tilgjengelige databaser for å søke etter artikler. Vi prøvde ut forskjellige søkeord og fant etter hvert ut hvilke som ga oss passende artikler. Underveis leste vi flere sammendrag og artikler og fant til slutt artikler vi mente kunne benyttes til å besvare vår problemstilling. I underpunktene er det en mer utdypende beskrivelse av vår søkeprosess.

3.2.1 Valg av søkestrategi og inklusjons- og eksklusjonskriterier

Som søkestrategi har vi valgt strukturert litteratursøking. Bachelorstudier er sammensatte fag med stor spennvidde og stort mangfold, spesielt innenfor profesjonsfagene (Dalland, 2017, s.156). På grunn av stort mangfold og spennvidde kan det være nødvendig å avgrense det området innenfor faget en ønsker å undersøke. Med oppgavens hensikt i fokus har vi valgt å avgrense søket til: ikke eldre artikler enn ti år, vitenskapelige artikler, forskningsartikler, skandinavisk og engelsk språk og geografisk.

Ved å ekskludere artikler som er eldre enn ti år vil artiklene være aktuelle for nåtidens helsevesen. Forskning er ferskvare og innen sykepleie er det viktig å være faglig oppdatert. En oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier vises i tabell 2.

Tabell 2: inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsår 2012-2022	Ikke eldre artikler enn ti år
Vitenskapelige artikler (peer review)	Oversiktsartikler (review artikler)
Engelsk eller skandinaviske språk	Andre språk enn engelsk og skandinaviske
Geografisk avgrensning til land med overføringsverdi til norske forhold	Land uten tydelig overføringsverdi til norske forhold
Personer over 18 år	Personer under 18 år

3.2.2 Valg av databaser

Vi har benyttet oss av databasene innen helsefag via biblioteket ved Universitetet i Stavanger sin nettside. Vi søkte i databasene British Nursing Index, Cinahl, Idunn, Medline, Pubmed og Swemed+. Det var flere av databasene som ikke hadde relevante artikler for vår hensikt. Etter flere omganger med søk endte vi opp med å finne artikler fra Idunn og Medline.

3.2.3 Valg av søkeord

Vi har benyttet oss av søkeord på engelsk og norsk for å få et utvidet søk. Søkeordene vi har valgt er: diabetes mellitus type 2 (i ulike kombinasjoner, se vedlegg 1), nurs*, ernæring, livsstil, lifestyle, patient education, excercise, physical activity, healthy lifestyle, lifestyle changes, lifestyle modification, lifestyle choice, homecare, home health, fastlege og livsstilsendringer. Vi har kombinert de ulike søkeordene ved å bruke OG/ELLER og AND/OR. Se vedlegg 1 for søkekombinasjoner.

3.3 Analyse av artikler

Friberg beskriver analysearbeidet som en bevegelse fra en helhet til ulike deler som videttes sammen til en ny helhet. Helheten består av de valgte artiklene og delene oppstår når vi bryter opp artiklene og finner de aktuelle aspektene for vår hensikt. Den nye helheten oppstår når vi setter sammen delene til et nytt resultat (Friberg, 2017, s.135).

For å analysere artiklene har vi tatt utgangspunkt i Fribergs analysemodell som består av fem trinn. Gjennom hele analysearbeidet har vi hatt hensikten med vår oppgave i fokus. Vi startet analysen med å lese gjennom artiklene flere ganger med fokus på studienes resultat for å finne ut om artiklene kunne hjelpe oss å besvare vår hensikt. Deretter brukte vi markeringstusj for å markere resultatene vi ønsket å ha fokus på og identifiserte nøkkelfunnen i artiklene og satt dem inn i en oversiktstabell (se tabell 3). For å få en oversikt over dataen som skulle analyseres skrev vi en sammenstilling av hver artikkel. Deretter sammenlignet vi dataen ved å se på fellestrekk og identifiserte likheter og ulikheter ved artiklene. Til slutt skal vi formulere en ny beskrivelse ut fra de nye temaene (Friberg, 2017 s. 135-137).

Tabell 3: Oversikt over valgte og analyserte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Daly, B.M., Arroll, B., & Scragg, R.K. (2018). Diabetes knowledge of primary health care and specialist nurses in a major urban area.	Sykepleieres kunnskap rundt diabetes mellitus type 2.	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiere sin bruk av nasjonale diabetes retningslinjer, og deres evne til å gi råd.	Sykepleier.	Kvantitativ. Tverrsnittstudie. 336 sykepleiere deltok. Telefonintervju.
Heimro, L.S., Hermann, M., Davies, T.T.,	Mangel på dokumentasjon om diagnose,	Hensikten med studien var å undersøke	Sykepleier.	Kvantitativ studie. Eldre over 65 år.

Haugstvedt, A., Haltbakk, J., & Graue, M. (2021). Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study.	hvem som har behandlingsansvar og blodglukoseverdier i pasientenes journal.	behandling og oppfølging av diabetes hos hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie.		Mottakere av hjemmesykepleie. 377 deltakere.
Knutsen, I.R., & Foss, C. (2017). Når de sier: Det kan ikke du spise, blir jeg arg!	Egenmestring av sykdom, og hvordan sykdommen påvirker livet.	Hensikten med studien var å se på hvordan mennesker som strever med egenmestring av diabetes type 2 beskriver livet med sykdommen.	Pasient.	Kvalitativ tilnærming. Diskursanalyse. Individuelle intervju. Voksne over 18 år. 25 deltakere.
Tjelta, M., & Holsen, I. (2013). "Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her".	Egenmestring av sykdom.	Hensikten med studien var å undersøke betydningen gruppebasert pasientopplæringskurs har for mestring ved diabetes type 2.	Pasient.	Kvalitativ tilnærming. 16 deltakere. Fokusgruppeintervju.

4.0 RESULTAT

To av de fire analyserte artiklene omhandler pasientenes opplevelser om livsstilsendringer og livet med diabetes. De fokuserer på endring av kosthold og økt fysisk aktivitet hos pasienter med DM2 (Knutsen & Foss, 2017. Tjelta & Holsen, 2013). Den tredje artikkelen tar for seg sykepleieres kunnskap om riskofaktorer og senkomplikasjoner ved DM2 og deres evne til å styrke pasientens egenomsorg og gi opplæring til pasientgruppen (Daly, Arroll & Scragg, 2018). Den siste artikkelen ser på oppfølgingen av eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie ved hjelp av å evaluere dokumentasjonen. Det mangler dokumentasjon av diagnose, blodglukoseverdier og hvem som har ansvar for behandling/kontroll av diagnosen (Heimro et. al., 2021). Etter analyse av artiklene har vi kommet frem til fire hovedkategorier og fire underkategorier. En oversikt over hoved- og underkategorier vises i tabell 4.

Tabell 4: Hoved- og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Livsstilsendring	Tiltak for livsstilsendring Utfordringer i hverdagen med DM2
Egenmestring	
Sykepleieres kunnskap om risikofaktorer og senkomplikasjoner ved DM2	
Oppfølging	Sykdomslære Manglende kartlegging og dokumentasjon i pasientjournal

4.1. Livsstilsendring

4.1.1 Tiltak for livsstilsendring

Livsstilsendring i form av fysisk aktivitet og kostholdsendringer blir av en del pasienter i studien til Knutsen & Foss snakket om som mer krevende enn behandling med medisiner som de mente var mer "lettvint" (Knutsen & Foss, 2017, s. 286). I studien til Tjelta & Holsen er pasientene enig om at kunnskap om endring av kosthold og ernæring var viktig for å mestre og leve godt med sykdommen. Pasientene la også vekt på hvordan de selv kunne påvirke utviklingen av sykdommen gjennom fysisk aktivitet. Det å møte andre med samme diagnose

beskrev flere av pasientene som en positiv erfaring da de kunne dele opplevelser og høre fra noen i samme situasjon (Tjelta & Holsen, 2013, s. 197).

Knutsen & Foss sier i sin studie at livsstilstiltak involverer alle aspekter i livet. Videre sier de at pasientene beskrev balansen mellom sykdomsfokus og normalitet i hverdagen som en viktig dimensjon. Denne balansen mener de burde danne utgangspunktet for veiledning og samhandling mellom pasient og sykepleier (Knutsen & Foss, 2017, s. 291).

4.1.2 utfordringer i hverdagen med DM2

I artiklene kommer det frem flere utfordringer pasientene møter i hverdagen med DM2. Noen pasienter i studien til Knutsen & Foss forteller at det er utfordrende å endre livsstilen relatert til begrensninger i kosthold og holde seg unna fristelser (Knutsen & Foss, 2017, 286). I studien til Tjelta & Holsen opplevde enkelte pasienter at det var utfordrende å komme i gang med fysisk aktivitet til tross for at de hadde kunnskap om det (Tjelta & Holsen, 2013, s. 197). Videre i Knutsen & Foss sitt studie ble det nevnt at dersom pasientene ikke klarer å overholde endringene i forhold til kosthold og aktivitet beskrev de dette som en tung belastning. Det ble snakket mye om hvordan de praktiske kravene og situasjonene som utfordret livsstilskravene ved sykdommen formet hverdagslivet. Videre sa pasientene at praktiske forhold kan gjøre det utfordrende å holde kontroll over inntak og regelmessig mosjon (Knutsen & Foss, 2017, 286).

En pasient i undersøkelsen sier at sykdommen krever fokus, tid og energi som hun ikke alltid har på grunn av andre forhold i livet. Hverdagslivet kan gi utfordringer som kan komme i konflikt med krav om selvdisiplin og kontroll. “Livet er mer enn sykdom, og oppfølging av sykdommen krever at fokus og selvkontroll flettes sammen med andre forhold i livet” (Knutsen & Foss 2017, s. 287). Mange av pasientene møter på uløselige utfordringer ved praktiske realiteter, og etterlevelsen av diabetesbehandlingen kan være utfordrende å følge opp i en hverdag med spontanitet og fleksibilitet. Pasientene møter også på utfordringene i sosiale sammenhenger.

Når de sier at ‘det her kan ikke du spise’, da blir jeg arg! Huff! Man er i selskap og sånn, og før så kunne man jo ta kakestykker, men nå tar man jo litt å smake, ikke sant? Og, nei jeg sier bare: “Server det dere har, og så skal jeg passe på resten.”

(Kvinne, 74 år) (Knutsen & Foss, 2017, s. 288)

4.2 Egenmestring

I studien til Knutsen og Foss ser de på hvordan mennesker som strever med egenmestring av DM2 beskriver livet og hvordan hverdagen påvirker og setter ramme for helse og oppfølging

av sykdommen. Pasientene i studien beskrev at sykdommen fikk mye oppmerksomhet i hverdagen og hadde medført mindre eller større endringer. Måten pasientene snakket om hvordan de kunne og burde forholde seg til sykdommen var tett forankret i muligheter, krav og betingelser på ulike områder av livet (Knutsen & Foss, 2017, s. 284).

Noen av pasientene i studien til Knutsen & Foss mente at de hadde god kontroll over sykdommen, andre strevet og viste til svingninger i blodglukose og i vurdering av blodglukoseverdi som hos noen førte til alvorlige komplikasjoner (Knutsen & Foss, 2017, s.284). “Mange beskriver egeninnsatsen som krevende, og de balanserer kunnskapen med ansvaret og innsatsen knyttet til hva de får til og hva de ser som nødvendig å endre i fremstillingen av et moralsk og ansvarlig liv” (Knutsen & Foss, 2017, s.286). Pasientene forklarte risikotenkning og frykt for komplikasjoner som drivkraften for egeninnsats. De som opplevde plagsomme komplikasjoner uttrykte anger og bebreidet seg selv for manglende egeninnsats og ansvarlighet (Knutsen & Foss, 2017, s. 286).

I studien til Tjelta og Holsen kommer det frem fem momenter som er viktige for mestring ved diabetes:

- 1) Kunnskap om fysiske og psykiske aspekter ved diabetes, 2) Møte andre i samme situasjon og dele erfaringer, 3) Sosial støtte fra meddeltakere og pårørende, 4) Praktisk kunnskap om mat og 5) I tillegg uttrykte deltakerne et klart behov for oppfølgingskurs (Tjelta & Holsen, 2013, s. 201).

4.3 Sykepleieres kunnskap om risikofaktorer og senkomplikasjoner ved DM2

I studien til Daly, Arroll & Scragg kommer det frem at sykepleiere i hjemmesykepleien hadde redusert kunnskap om risikofaktorer og senkomplikasjoner ved DM2. De fleste sykepleierne kunne oppgi at overvekt var en risikofaktor for DM2, mens få sykepleiere var i stand til å oppgi de store risikofaktorene for komplikasjoner samt kunnskap knyttet til komplikasjoner. Flere av sykepleierne oppga også feilaktig mange andre faktorer som risikofaktorer som kosthold, livsstil og tegn og symptomer på DM2. Studiene viste også at det var forskjeller på sykepleiere som ble utdannet for lengre tid siden (1964-1985) og nyutdannede sykepleiere (2003-2015) og hvilke risikofaktorer de identifiserte (Daly, Arroll & Scragg, 2018, s. 129-133).

4.4 Oppfølging

4.4.1 Sykdomslære

I studien til Tjelta & Holsen nevnte flere av pasientene at de har blitt mer bevisste i forhold til valg i hverdagen etter de fikk mer kunnskap om konsekvenser sykdommen medfører.

Pasientene mente at kunnskap om sykdommen gjør den enkelte mer i stand til å håndtere og kontrollere sykdommen. Kunnskap om sykdommen gjør det lettere for pasientene å forstå sammenhengen mellom mat og medisiner og hvordan de påvirker hverandre. Enkelte av pasientene mente at innføring i sykdomslære var noe en burde få straks en fikk diagnosen DM2 (Tjelta & Holsen, 2013, s.197).

4.4.2 Manglende kartlegging og dokumentasjon i pasientjournal

I studien til Heimro et. al. kommer det frem flere mangler i dokumentasjon av diabetesbehandling og håndtering i pasientenes elektroniske journal. Hos flere av pasientene manglet dokumentasjon om diabetesdiagnosen og diabetesbehandling i hjemmesykepleiens journaler. Det var også mangel på dokumentasjon av hvem som hadde ansvaret for blodglukosemålingen, og hos dem som hadde ansvaret selv manglet dokumentasjon på verdiene av målingene. Hvem som hadde ansvaret for administreringen av insulin var uklart eller mangelfullt hos flere av pasientene og hos noen manglet også dokumentasjon av insulinregimet. Det fremkommer også mangler om pasientenes individualiserte rutiner og behandlingsmål. Verdier for BMI (body mass index), blodtrykk og ernæring manglet også i flere av pasientenes journal (Heimro et. al., 2021, s. 3-5).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturstudie som metode

Vi valgte å benytte oss av metoden integrativ litteraturstudie da det gir oss mulighet til å tolke resultatene fra artiklene og trekke egne konklusjoner. Gjennom arbeidet har vi tatt utgangspunkt i grunnlaget for integrativ litteraturstudie som er datareduksjon, skape oversikt, trekke frem likheter og trekke konklusjoner (Friberg, 2017, s. 150). Vi valgte fire vitenskapelige artikler og gjennom det integrative litteraturstudie oppdaget vi at to og to av artiklene henger sammen. Til sammen mener vi at disse fire artiklene gir oss et godt grunnlag til å belyse vår hensikt.

5.1.2 Fagfelleurderte artikler og forfatterens bakgrunn

De fire artiklene vi har valgt er alle fagfelleurdert, men vi valgte likevel å undersøke artiklenes reliabilitet og validitet. Vi startet med å se på artiklenes oppbygning for å se at de fulgte IMRaD-modellen. "IMRaD er et akronym som beskriver oppbygningen av en vitenskapelig artikkel. Bokstavene står for: Innledning, Materiale og metode, Resultater og (engelsk: And) Diskusjon" (Hem, 2020). Videre undersøkte vi forfatternes bakgrunn og de var hovedsakelig professorer, sykepleiere og lektorer/seniorforelesere ved helseinstitutter. I tillegg undersøkte vi også artiklenes publiseringskanal ved hjelp av nettsiden Norsk Senter for Forskningsdata. Etter å ha undersøkt var vi tilfreds med artiklenes reliabilitet og validitet.

5.1.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

I denne oppgaven valgte vi å kombinere kvalitative og kvantitative forskningsartikler for å få en helhetlig forståelse av problemet. Vi valgte to kvalitative og to kvantitative artikler. Ved å kombinere metodene fikk vi en bedre bredde- og dybdeforståelse av temaet. De kvalitative ga oss en dybdeforståelse av pasientenes opplevelse av å leve med DM2. De kvantitative artiklene ga oss en breddeforståelse av sykepleieres utfordringer og kunnskaper i møte med pasienter med DM2.

5.1.4 Geografisk avgrensning, språk og årstall

Da vi skulle søke etter artikler bestemte vi oss for å avgrense søket til europeiske land. Etter å ha undersøkt litt valgte vi å inkludere USA, Australia og New Zealand da dette er land med likhetstrekk til det norske helsevesenet. Artiklene vi valgte er fra Norge og New Zealand.

To av de valgte artiklene er på norsk og to er på engelsk. Vi har brukt mye tid på å lese og oversette de engelske artiklene og ut fra vårt kompetansenivå mener vi å ha tolket forskningsartiklene på best mulig måte. Gjennom arbeidet med oversetting er en mulig konsekvens at vi har feiltolket og dermed gått glipp av sentrale resultater. Forskningsartiklene vi har valgt er publisert imellom 2013-2021. Ved å ekskludere artikler som er eldre vil artiklene være lett overførbare til nåtidens norske helsevesen.

5.1.5 Perspektiv

Vi har valgt å skrive oppgaven ut fra et sykepleieperspektiv for vi ønsker å se på hvordan sykepleiere kan sikre oppfølging og opplæring av pasienter med DM2. To av artiklene er skrevet i pasientperspektiv. Ved å inkludere pasientenes perspektiv får vi et innblikk i deres opplevelser rundt egenmestring av DM2 i hverdagen.

I utgangspunktet ønsket vi å fokusere på eldre pasienter, men etter å ha lest artiklene valgte vi også å inkludere voksne. Vår erfaring fra hjemmesykepleien er at de fleste pasientene med DM2 er eldre, men vi møter også voksne pasienter. Pasientopplevelsene som kommer frem i studiene er fra voksne til eldre. Vi opplevde at uansett alder på pasientene kunne vi finne sammenheng med egne erfaringer med pasienters opplevelser med DM2.

5.1.6 Endring av hensikt underveis

I starten av arbeidsprosessen ønsket vi å fokusere på hva sykepleiers funksjon var i forhold til forebygging av senkomplikasjoner hos pasienter med DM2 i hjemmesykepleien. Etter hvert som vi skulle formulere oppgavens hensikt oppdaget vi at temaet ble for omfattende og vi avgrenset derfor hensikten. Vi bestemte oss da for å fokusere på hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan sikre oppfølging og opplæring av pasienter med DM2 for å styrke pasientens egenomsorg og utsette utviklingen av senkomplikasjoner.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Livsstilsendring

“Livsstil betegner en persons levevaner. Levevaner som er knyttet til områder som kosthold, aktivitet, røyking, bruk av alkohol og rusmidler, trafikk og seksualitet med flere, er av stor betydning for menneskers helse” (Kristoffersen, 2017, s. 295). For å fremme helse, forebygge sykdom eller forverring av sykdom kan det være nødvendig med livsstilsendringer. Hos pasienter med DM2 er omstilling av levevaner grunnleggende i behandlingen. I teorikapittelet har vi skrevet om viktigheten av fysisk aktivitet og endring i kosthold for å unngå svingende

blodglukoseverdier over tid. I studien til Knutsen og Foss legger pasientene vekt på kosthold og fysisk aktivitet som det mest utfordrende relatert til den nødvendige livsstilsendringen ved DM2 (Knutsen & Foss, 2017, s. 286).

Alle mennesker har veletablerte vaner i sin livsstil, og som ordtaket sier “gammel vane er vond å vende”. Det er utfordrende og krever motivasjon å endre en livsstil. De fleste pasienter som mottar hjemmesykepleie er eldre og de har sine vaner som de har levd med i lang tid. Vi opplever at det er variasjon i opplæring og oppfølging av pasientenes kunnskap rundt kosthold og fysisk aktivitet og hvordan det påvirker blodglukosen. Det vil derfor være viktig at sykepleier i møte med pasienten veileder rundt hva som er et sunt kosthold og motiverer pasient til å ta disse valgene. Flere pasienter er i lite aktivitet i løpet av dagen og derfor er det viktig at sykepleier legger til rette for aktivitet ved besøk. Noen av pasientene i studien til Knutsen og Foss beskriver endring av kosthold og fysisk aktivitet som mer krevende enn “lettvint” behandling med legemidler. (Knutsen & Foss, 2017, s. 286). Til slutt er det pasienten selv som kan forsøke å omstille levevanene og sykepleier kan motivere og veilede. Ved å endre livsstilen kan pasientene bidra til å bremse utvikling av sykdommen og dermed utsette senkomplikasjoner.

5.2.2 Egenmestring

I studien til Knutsen og Foss forteller noen av pasientene at de strevet med svingninger i blodglukosen og egen vurdering av verdiene. Mange av pasientene beskrev egeninnsatsen som krevende, men risikoen og frykten for komplikasjoner virket som en drivkraft for egeninnsats. Som beskrevet i teorikapitlet omtales DM2 som en livsstilssykdom, og det kommer frem i studien til Knutsen og Foss at flere uttrykte skyldfølelse da de ikke levde opp til den livsstilen de burde ha. De som opplevde plagsomme komplikasjoner uttrykte anger og bebreidet seg selv for manglende egeninnsats og ansvarlighet (Knutsen & Foss, 2017, s. 284-286). Vi mener at det er viktig at pasientene selv skal kunne utføre blodglukosemåling, vurdere verdiene og ha kunnskap om viktigheten av en stabil blodglukose med tanke på utvikling av senkomplikasjoner. Empowerment er sentralt i diabetesbehandlingen, og inneholder å styrke pasientens selvstendighet ved å kunne foreta egne valg, sette egne mål og egenmestringstrategier for behandlingen (Mosand & Stubberud, 2017, s. 52). Her vil sykepleierens rolle være å aktivt veilede pasienten gjennom denne prosessen. I rollen som sykepleier vil vi alltid handle etter hva vi mener er best for pasienten ut ifra vår kunnskap, men det er viktig å huske på pasientens autonomi. Pasientens erfaringer, behov og verdier

skal gi innflytelse på helsetjenesten (Storm & Wiig, 2015, s. 64). Vi har opplevd flere pasienter med DM2 som til tross for anbefalinger om for eksempel kosthold velger å ikke følge disse. Autonomi handler om at pasienten har rett til å ta egne valg og derfor må deres valg respekteres. Da er det vår jobb som sykepleier gjennom et tverrprofesjonelt samarbeid å finne passende behandling for pasienten. Ved å finne den rette behandlingen vil vi kunne unngå svingninger i pasientens blodglukose og dermed vil senkomplikasjoner kunne utsettes.

Videre i studien kommer det frem hvordan pasientenes hverdag påvirkes av sykdommen og at de opplevde begrensninger på ulike områder av livet. For å oppnå egenomsorg i diabetesbehandlingen trenger pasientene støtte og veiledning til å håndtere sykdommen i hverdagen (Mosand & Stubberud, 2017, s. 52). Vi tenker at dersom vi som sykepleiere tilpasser og legger til rette for opplæringen som er nødvendig for at pasientene skal mestre å følge opp sykdommen er de bedre rustet til å styre hverdagen. Da vil de ikke være like avhengig av besøk fra hjemmesykepleien og står friere til å legge opp dagen som de selv ønsker.

5.2.3 Sykepleieres kunnskap om risikofaktorer og senkomplikasjoner ved DM2

I studien til Daly et.al. kommer det frem at det er utilstrekkelig kunnskap rundt DM2 hos sykepleiere i hjemmesykepleien. Gjennom vår arbeidserfaring i hjemmesykepleien ser vi likhetstrekk med resultatene som kommer frem i studien. “Det er viktig at sykepleierne har kunnskaper om diabetes type 2 for å kunne hjelpe pasienter med å oppnå god livskvalitet og forebygge senkomplikasjoner” (Pleym & Westberg, s. 69, 2022). For å kunne sikre oppfølging og opplæring av pasienter tenker vi at det er viktig at sykepleier har kunnskap om sykdommen, behandling og konsekvenser. Pasientene må få undervisning i tegn til senkomplikasjoner, årsaken til at de oppstår, hvordan en kan hindre videreutvikling og hvordan en kan behandle allerede oppståtte senkomplikasjoner (Mosand & Stubberud, 2017, s. 75). Det kommer frem i artikkelen til Daly et.al. at få av sykepleierene kunne oppgi de store risikofaktorene for utvikling av senkomplikasjoner. “Når diabetes type 2 først er oppstått, er det viktig å forebygge senkomplikasjoner som kan følge av langvarig dårlig metabolsk kontroll” (Pleym & Westberg, s. 69, 2022). Vi har erfart at sykepleiere i praksis har mest fokus på “her og nå” behandling av blodglukosen og ikke så mye fokus på å evaluere blodglukose verdiene over tid. Samt at det ikke er noe rutine for å observere etter utvikling av senkomplikasjoner. Derfor tenker vi det hadde vært lurt med en rutine for å gjøre det mulig å oppdage senkomplikasjonene tidligst mulig. Det bør innebære at pasienten går til jevnlig

kontroll hos fastlege og øyelege, har god fotpleie og observasjon av føtter, god munnhygiene, kontroll av blodglukose og oppfølging av blodtrykk og kolesterol (Diabetesforbundet, 2021). For å kunne gi oppfølging og opplæring til pasienten er det viktig at sykepleier har kunnskaper om hva som skal følges opp for å unngå senkomplikasjoner. Hos pasienter med DM2 er det viktig at senkomplikasjoner belyses og undervisningen må tilpasses etter hvor i forløpet pasienten er.

Som sykepleier har du selv ansvar for å holde deg faglig oppdatert og utøve faglig forsvarlig sykepleie. I teoridelen skrev vi om sykepleieteoretikeren Katie Eriksson som mener at omsorg skal ha et helsefremmende formål (Kirkevold, 2020). “Sykepleie kan ikke utøves uten omsorg, men omsorg kan utøves av andre enn sykepleiere. Dermed er forsvarlig sykepleie ikke mulig å oppnå uten at sykepleieren er omsorgsfull når sykepleien utøves” (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Vi mener at omsorg er veldig sentralt i sykepleie og ved å holde seg faglig oppdatert for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie sikrer vi pasienten god omsorg. I resultatdelen skriver vi om noen av kunnskapsmanglene til sykepleierere som kommer frem i studien til Daly et.al. Sykepleiere har plikt til å holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Derfor mener vi at det er viktig at vi som sykepleiere tar ansvar, men også at arbeidsplassen legger til rette for oss slik at vi kan oppsøke ny kunnskap og styrke egen kompetanse. Dette vil igjen føre til at vi som sykepleiere er rustet til å gi pasientene den oppfølgingen de har behov for.

I tillegg mener vi det er viktig med et godt tverrprofesjonelt samarbeid for å sikre oppfølging av pasienten. “Tverrprofesjonelt samarbeid oppstår når to eller flere helsearbeidere fra ulike profesjoner med komplementære ferdigheter, samarbeider og skaper en felles forståelse som de ikke hadde tidligere, og som de ikke kan få alene” (Aase & Hansen, 2015, s. 206).

Tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å ivareta pasienten som en helhet. I hjemmesykepleien vil for eksempel fastlegen være en aktuell samarbeidspartner. For å sikre et godt samarbeid med fastlegen er det viktig at sykepleier har kunnskap om hva som skal rapporteres videre.

5.2.4 Oppfølging

Ut fra studiene til Tjelta og Holsen og Heimro et. al. tolker vi sykdomslære og dokumentasjon som sentralt i oppfølgingen av diabetespasienter. Ved å lære om sykdommen vil pasientene få en bedre forståelse av sammenhengen mellom sykdom og behandling. Det varierer hvor ofte og hvor lenge pasientene i hjemmesykepleien har besøk som vil si at de er mye av dagen

alene eller sammen med pårørende. Derfor er det viktig at pasienten selv har kunnskap om sykdommen. Kunnskap vil bidra til å gi pasientene opplevelsen av å mestre og leve godt med sykdommen i tillegg til å kunne reagere og tolke endringer i blodglukosen. I studien til Tjelta & Holsen kommer det frem at pasientene ble mer bevisste i forhold til valg i hverdagen og de var mer i stand til å håndtere og kontrollere sykdommen etter de fikk økt kunnskap om konsekvensene sykdommen medfører. Kunnskapene ga pasientene en bedre forståelse av sammenhengen mellom mat, måling av blodglukose og medisiner og hvordan det påvirker hverandre (Tjelta & Holsen, 2013, s.197). Pasientene mestrer sykdommen når de klarer å omsette kunnskap i praktiske handlinger til riktig tid og riktig situasjon i hverdagen og dette vil redusere faren for senkomplikasjoner (Mosand & Stubberud, 2017, s. 70).

Dokumentasjon er viktig for å sikre faglig forsvarlighet. Det kommer frem i studien til Heimro et. al. at det er flere mangler i dokumentasjon av diabetesbehandling og håndtering i pasientenes journaler (Heimro et. al., 2021, s.3-5). Ved mangler i dokumentasjon trues pasientenes sikkerhet ved at informasjon går tapt og at nødvendige observasjoner og opplysninger ikke blir fulgt opp og tiltak ikke blir tidlig iverksatt (Skaug, 2017, s. 244). I studiet til Heimro et. al. var det flere av pasientene som manglet dokumentasjon om diabetesdiagnosen. Dette tenker vi vil utgjøre en mulig trussel for pasientens sikkerhet da manglende dokumentasjon av sykdommen kan gjøre at den ikke vil bli fulgt opp. Sjansen for senkomplikasjoner kan da øke ved at en ikke får gjort de observasjonene som er nødvendig for å oppdage symptomer for senkomplikasjoner.

En faktor som er viktig for å lykkes med dokumentasjon er å bruke sykepleieprosessen som metode som vil gi god struktur i pleieplanen (Laugaland, 2019). Ved å aktivt bruke sykepleieprosessen i praksis vil en kunne samle inn data og identifisere pasientens problem. Dette vil bidra til å sørge for at en ikke går glipp av viktig informasjon og gjøre det lettere å vite hva en skal dokumentere.

I §39 i helsepersonelloven omtales plikten til å føre journal. Den sier at den som yter helsehjelp har ansvar for dokumentasjon (Helsepersonelloven, 1999, §39). Detaljene om hva journalen skal inneholde er angitt i forskriften om pasientjournal. I journalen skal det stå "...bakgrunn for helsehjelpen, pasientens sykehistorie, tilstand ved innleggelse og utskriving, observasjoner, undersøkelser ... diagnose, og når og hvordan helsehjelpen er gitt" (Skaug, 2017, s. 343). Forskriften sier at blant annet diagnose og behandling skal være dokumentert i journalen, men i studien til Heimro et. al. var det flere av pasientene som ikke hadde

5175 & 5342

dokumentert diabetesdiagnosen i journalen selv om diagnosen var kjent. I tillegg var det flere mangler på dokumentasjon av behandlingen, behandlingsmål og ansvar for behandlingen.

Som nevnt trues pasientens sikkerhet ved mangler i dokumentasjonen og vi ser på manglene som fremkommer i studien som svært nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Dersom vi ikke har de nødvendige opplysningene har vi heller ikke muligheten til å planlegge adekvat oppfølging. Det kan føre til dårlig regulert blodglukose som igjen gjør pasienten utsatt for senkomplikasjoner.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleier har en viktig rolle i oppfølging og opplæring av pasienter med DM2. Gjennom litteraturstudiet har vi fått inntrykk av at det er forbedringspotensial innenfor emnet. Under skal vi komme med forslag til forbedring slik at sykepleier kan sikre oppfølging og opplæring av pasienter med DM2 for både å styrke pasientens egenomsorg, men også utsette utvikling av senkomplikasjoner.

Forslag til forbedring:

- Det anbefales at pasientene får tidlig innføring i sykdomslære og jevnlig oppfølging av deres kunnskaper. Her tenker vi også at det er viktig at pasientene får grundig opplæring i blodglukosemåling og hvordan de skal vurdere blodglukoseverdiene og videre tiltak. Dette vil bidra til å styrke pasientens egenomsorg. Sykepleier kartlegger og følger opp om de fremdeles mestrer dette.
- Vi foreslår at arbeidsplassen kan legge til rette for økt kunnskap ved å arrangere kurs eller fagdager noe som vil bidra til å holde sykepleiere faglig oppdatert. Disse fagdagene bør undervise i generell sykdomslære om DM2 med spesielt fokus på observasjoner av risikofaktorer for senkomplikasjoner og forebyggende tiltak.
- Vi foreslår at sykepleiere skal ha økt fokus på fysisk aktivitet og kosthold ved besøk. Det er da viktig at sykepleier informerer pasientene om hvorfor de må ha fokus på det og tilrettelegger for å gjøre det gjennomførbart. Sykepleier kan også informere om andre tilbud i kommunen som kan hjelpe pasienten med endring av levevaner. Et eksempel på dette er frisklivssentralen som er en kommunal helsetjeneste hvor pasienter kan bli støttet og veiledet i endring av levevaner.
- Vi foreslår at avdeling utarbeider rutiner for oppdagelse av senkomplikasjoner som er enkle å anvende i praksis. Rutinen bør etter vår mening inneholde observasjoner av føtter, blodglukoseverdier over tid, blodtrykk og fokus på god fotpleie. Den bør også ha klare rutiner for når fastlege skal kontaktes. I tillegg skal sykepleier hjelpe pasienten å følge opp jevnlig kontroller hos fastlege og øyelege.
- Vi foreslår at avdelingene øker fokuset blant personale på dokumentasjon. Hensikten med det er å skape et godt faglig miljø hvor en kan lære av hverandre og heve kompetansenivået. I tillegg vil god dokumentasjon sikre oppfølging av pasientene.

LITTERATUR

Aase, I. & Hansen, B. S., (2015), Trening av tverrprofesjonelt samarbeid i helseutdanninger. I Aase, K. (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis*, (2. utg., s. 205-221), Oslo: Universitetsforlaget.

Bredland, E. L., Linge, O. A., Vik, K., (2018) *Det handler om VERDIGHET og DELTAKELSE: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2019). Metode og oppgaveskriving (6.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Diabetesforbundet (2021, 03. November). Komplikasjoner ved diabetes. Hentet fra <https://www.diabetes.no/felles/komplikasjoner/>

Diabetesforbundet (2021, 03. November). Sunt kosthold og aktivitet. Hentet fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/sunt-kosthold-og-aktivitet/>

Daly, B., Arroll, B., & Scragg, R. (2018). Diabetes knowledge of primary health care and specialist nurses in a major urban area. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 125-137. <https://doi.org/10.1111/jocn.14684>

Friberg, F. (Red.). (2017). Dags för uppsats (3.utg). Lund: Studentlitteratur AB

Helsebiblioteket.no, (2021, 01. september), Diabetes type 2: Hva er det?, Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/diabetes-type-2-hva-er-det>

Helsedirektoratet, (2021, 16. mars), Diabetes, Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helsepersonelloven, (1999). Lov om helsepersonell m. v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/pro/lov/1999-07-02-64>

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 Open Access cross-sectional study. *BMC Endocrine Disorders*, 21(1), 46–46.

Hem, E., (2020, 19. mai), IMRAD, Hentet fra <https://sml.snl.no/IMRAD>

Hem, E., (2020, 7. august) Livsstil, Hentet fra <https://sml.snl.no/livsstil>

- Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus: Diabetes type 2. I Ørn, S & Bach- Gransmo, E (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg, 387-398). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kirkevold, M., (2021, 29. november), Sykepleieprosessen, Hentet fra <https://sml.snl.no/sykepleieprosessen>
- Kirkevold, M., (2020, 30. mars), Sykepleieteori, Hentet fra <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H., (2017) Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. Utgave, bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., (2017) Livsstil og endring av livsstil, I Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*, (3. Utgave, bind 3, s. 295-340). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2017). Å styrke pasientens ressurse: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I Grimsbø, G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, bind 3,s.349-398). Oslo: Gyldendal akademisk
- Knutsen, I.R. & Foss, C. (2017). Når de sier: Det kan du ikke spise, blir jeg arg!. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7 (4),280-293). <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-02>
- Laugaland, K. A. 2019. Dokumentasjon. *BSY 156: Grunnleggende sykepleie*. Tilgjengelig fra: https://stavanger.instructure.com/courses/4398/files/559140/download?download_frd=1
(Hentet: 28. april 2022)
- Mosand R. D., Stubberud D., (2017). Sykepleie ved diabetes mellitus. Almås H. (red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 51-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (u.å), Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Norsk sykepleierforbund, (2019), Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017) Klinisk sykepleie: Funksjon, ansvar og kompetanse. Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pleym, K & Westberg, M.(2022). God sykepleie gir færre komplikasjoner ved diabetes type 2. *Sykepleien*, 110 (87875) 69-73. [10.4220/Sykepleiens.2022.87875](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87875)

Schibevaag, L., Laugaland, K. A. & Aase, K., (2015), Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger, I Aase, K. (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis*, (2. utg., s. 129-140), Oslo: Universitetsforlaget.

Skaug, E. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I Grimbsø , G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie- fag og funksjoner* (3.utg, bind 3, s. 337-372). Oslo: gyldendal akademisk

Stai, S., (2020, 03. november), Hva er omsorg?. Hentet fra <https://ndla.no/nb>

Storm, M. & Wiig, S., (2015). Pasientperspektivet og sikkerhet. I Aase, K. (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (2.utg, s.62-73). Oslo: Universitetsforlaget

Stubberud, D. G., Kondrup, J. & Almås, H., (2017). Ernæring ved sykdom. Almås H. (red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 17-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjelta, M., & Holsen, I. (2013). "Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her". *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2013, s.193-205. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-03-05>

Wiig, F. L., (2021, 29. September) Retningslinjer for eldre med diabetes blir ikke fulgt i praksis. Hentet fra <https://www.diabetes.no/for-helsepersonell/nyheter-for-helsepersonell/retningslinjer-for-eldre-med-diabetes-blir-ikke-fulgt-i-praksis/>

Åsvold, B.O. (2021, 10 desember). Diabetes. Hentet fra <https://sml.snl.no/diabetes>

VEDLEGG 1: SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14/03	SweMed +	Diabetes mellitus type 2, nurs, home Kombinasjoner: AND	2012-2019 Peer reviewed tidsskrifter	2	2	1	0
14/03	Idunn	Diabetes type 2, livsstil Kombinasjoner: OG	2012-2021 Helse og sosialt arbeid Forsknings-artikkel	5	3	1	1
15/03	Cinahl	Diabetes type 2, diabetes mellitus type 2, diabetes 2 Nurs*, lifestyle changes, lifestyle modification, lifestyle choices Kombinasjoner: AND/OR	2012-2022 Peer reviewed tidsskrifter	82	10	1	0
15/03	Medline	Diabetes type 2, diabetes mellitus type 2, diabetes 2 Diabetes complications, nurs*, homecare, home care, home health, homehealth Kombinasjoner: AND/OR	2012-2022 Peer reviewed tidsskrifter	8	2	1	1

5175 & 5342

15/03	Medline	diabetes type 2, diabetes mellitus type 2, diabetes 2, nurs*, homecare, home care, home health, homehealth. Kombinasjoner: AND/OR	2012-2022 Peer reviewed tidsskrifter	87	5	2	1
28/03	Idunn	Diabetes type 2, ernæring, livsstil Kombinasjoner: OG	2012-2021 Helse og sosialt arbeid Forskningsartikk el	2	2	1	1
28/03	Medline	Diabetes type 2, diabetes mellitus type 2, diabetes 2, nurs*, patient education, exercise, physical activity. Kombinasjoner: AND/OR	2012-2022 Peer reviewed tidsskrifter	14	5	2	0
28/03	Medline	Diabetes type 2, diabetes mellitus type 2, diabetes 2 Nurs*, Patient education, healthy lifestyle Kombinasjoner: AND/OR	2012-2022 Peer reviewed tidsskrifter	7	2	1	0
30/03	Idunn	Diabetes OG fastelege OG livsstilsendring Kombinasjoner: OG	2012-2021 Forsknings- artikkel	4	4	2	0

VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Daly, B., Arroll, B., & Scragg, R. 2018 Journal of Clinical Nursing New Zealand	Heimro, L. S., Hermann, M., Davies, T. T., Haugstvedt, A., Haltbakk, J., Graue, M. 2021 BMC Endocrine Disorders Norge	Knutsen, I.R. & Foss, C. 2017 Nordisk sygeplejeforskning Norge	Tjelta, M. & Holsen, I. 2013 Nordisk sygeplejeforskning Norge
Artikkelittittel	Diabetes knowledge of primary health care and specialist nurses in a major urban area.	Documented diabetes care among older people receiving home care services: a Open Access cross-sectional study.	Når de sier: Det kan du ikke spise, blir jeg arg!	"Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her"
Hensikten med studien	Undersøke sykepleiere sin bruk av nasjonale diabetes retningslinjer, og deres evne til å gi råd	Hensikten med studien var å undersøke behandling og oppfølging av diabetes hos hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie	Hensikten med studien var å se på hvordan mennesker som strever med egenmestring av diabetes type 2 beskriver livet med sykdommen.	Undersøke betydningen gruppebasert pasientopplæring skurs har for mestring ved diabetes type 2
Perspektiv	Sykepleier	Sykepleier	Pasient	Pasient

Metode og analyse	Kvantitativ metode	Kvantitativ metode	Kvalitativ metode	Kvalitativ metode
Utvalg/ populasjon	336 deltakere	377 deltakere Eldre over 65 år Mottar hjemmesykepleie	25 deltakere Voksne over 18 år Norsk talende	16 deltakere Vokse personer med DM2
Hovedfunn/ resultater	Det kommer frem i studien at sykepleiers kunnskap rundt DM2 har økt, men det er fortsatt hull om viktige risikofaktorer, komplikasjoner og medisin.	I studien ble det identifisert flere mangler av dokumentasjon i journalene hos pasientene. Det var mangel på: - Registrert diabetes-diagnose. - Dokumentasjon om behandling. - Dokumentasjon om ansvar ved blodglukose-overvåkning. - Dokumentasjon av ansvar for administrering av insulin. - Dokumentasjon av mål for HbA1c. - Dokumentasjon av BMI (høyde/vekt) og ernæringsstatus.	Studien tar for seg pasientenes opplevelse av å leve med DM2. Det ble undersøkt hvordan de som strever med egenmestring lever med sykdommen og hvordan det preger hverdagslivet, setter rammer for helse og oppfølging av sykdommen.	I studien kommer det frem at pasientopplæring styrker personlige ferdigheter og gjør det mulig for den enkelte å ha større kontroll over egen helse. Det kommer frem fem momenter som er viktige ved mestring av DM2: 1) Kunnskap om fysiske og psykiske aspekter ved diabetes. 2) Møte andre i samme situasjon og dele erfaringer. 3) Sosial støtte fra medpasienter og pårørende. 4). Praktisk kunnskap om mat og 5) I tillegg uttrykte

5175 & 5342

				pasientene et klart behov for oppfølgingskurs
--	--	--	--	---