

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

**SY 180H 000**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

## **Forebygging av Diabetes type 2**

**Kandidatnummer**

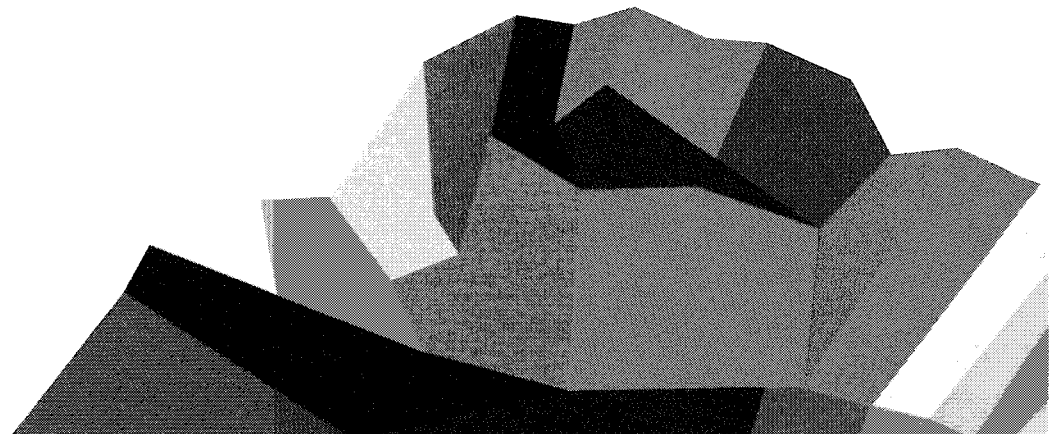
**29**

**28.10.2011**

[Dareén, Susanne Anita]

**Universitetet i Nordland**

**Høsten 2011**



## FORORD

*En eneste forandring vil påvirke  
de andre områdene. Det betyr at  
vi kan starte hvor som helst....  
(Virginia Satir 1997:25).*

Jeg vil rette en stor takk til min veileder som har vært av stor betydning gjennom hele skriveprosessen. Jeg vil også takke min informant som stilte seg positiv til å dele sin kunnskap og erfaring med meg. Til slutt vil jeg takke kommunens koordinator som sa seg villig til å dele sine tanker rundt iverksettelsen av den nye samhandlingsreformen.

# INNHOOLD

<b>FORORD</b> .....	2
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	4
1.2 Forforståelse og eget faglig ståsted .....	5
1.3 Problemstilling .....	5
1.4 Avgrensing av problemstilling .....	5
1.5 Begrepsavklaring.....	6
1.6 Oppbygging av oppgaven.....	7
<b>2.0 METODE</b> .....	8
2.1 Hva er en metode?.....	8
2.2 Forskjell mellom kvalitativ og kvantitativ metode .....	8
2.3 Valg av metode.....	8
2.4 Innsamling av data .....	9
2.5 Intervjuforberedelser .....	11
2.6 Gjennomføring av intervju.....	12
2.7 Metodekritikk .....	13
<b>3.0 TEORI</b> .....	14
3.1 Kari Martinsen.....	14
3.2 Forekomst av Diabetes type 2 .....	15
3.3 Forebygging av Diabetes type 2.....	17
3.3.1 Fysisk aktivitet .....	17
3.3.2 Ernæring .....	18
3.3.3 Samhandlingsreformen.....	19
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	21
4.1 Etikk i det forebyggende arbeidet .....	21
4.2 Brukerens hjem som arbeidsarena.....	22
4.3 Overvekt som tema.....	23
4.4 Fra problem til løsning .....	25
4.5 Hvilken betydning får samhandlingsreformen? .....	29
<b>5.0 AVSLUTNING</b> .....	32
<b>6.0 LITTERATURLISTE</b> .....	33

## VEDLEGG

1. Tillatelse til innhenting av data
2. Brev til leder
3. Intervjuguide

## **1.0 INNLEDNING**

Det er for tiden rettet fokus mot folkehelsen både nasjonalt og internasjonalt, og jeg finner forebyggende helsearbeid svært nødvendig og meningsfullt. Formålet mitt er å belyse problemstillingen min slik at jeg som fremtidig sykepleier ser hvilke muligheter jeg har for å arbeide forebyggende i forhold til Diabetes type 2. Ved å rette fokus mot det forebyggende helsearbeidet i hjemmetjenesten, vil vi også få brukere som holder seg friskere lengre, samtidig som de får en mulighet til å bo hjemme hos seg selv så lenge som mulig. Diabetes vil jeg møte uavhengig hvor jeg jobber som sykepleier, jeg ønsker derfor å tilnærme meg nyttig kunnskap i forhold til problemstillingen som jeg kan ta med meg videre i mitt virke som sykepleier (Mæland 2009).

Jeg benytter gjennomgående ordet brukere fremfor pasienter i denne oppgaven, da brukerbegrepet gir et perspektiv på mennesket som en tydelig rolle med selvbestemmelsesrett og aktiv deltagelse. Jeg mener at begrepet brukere virker mer ivaretagende ovenfor de menneskene som har behov for hjelp i denne konkrete sammenhengen (Fjørtoft 2007).

Etter samtykke fra veileder har jeg benyttet meg av 10 % regelen.

Oppgaven inneholder totalt 9852 ord.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

Utviklingen av Diabetes type 2 har økt betraktelig de siste årene i den vestlige verden, og gjennom praksis har jeg også sett at pasientgruppen stadig blir yngre. Forebyggende tiltak trenger enda mer fokus enn det har i dag, og både sykepleier og bruker har behov for økt kompetanse på området. Jeg ønsker å sette meg bedre inn i denne problemstillingen, og ønsker og utforske hvordan sykepleier har mulighet til å sette inn forebyggende tiltak hjemme hos den enkelte bruker (Skafjeld og Graue 2011).

Jeg har personlig erfaring fra hjemmetjenesten, og jeg har valgt denne arenaen fordi her har sykepleier oppfølging med brukeren over lengre tid. Du er på brukerens hjemmebane, og får mulighet til å skape en god relasjon i brukerens trygge omgivelser. Jeg har erfart at brukergruppen gjerne er yngre og friskere enn på sykehjemsavdelingene, og det er en arena med rom for observasjon i det daglige hvor det kan settes inn tiltak med veiledning og støtte.

## **1.2 Forforståelse og eget faglig ståsted**

Jeg har jobbet i hjemmetjenesten siden jeg påbegynte Bachelorstudiet mitt for snart 4 år siden. Det har hele tiden “bodd en forebygger” i meg, så oppgavens vinkling falt naturlig for meg. Jeg ser ofte at ressursene ikke blir satt inn før problemene er oppstått, og hvis man skal tenke på de økonomiske aspektene oppi dette, ser jeg ikke for meg at det kan lønne seg å skyve problemene fremfor seg, fremfor å ta fatt på dem før de får vokse seg store. Jeg opplever at kompetansen er til stede, men at det ikke samsvarer med prioritering av tid og ressurser.

## **1.3 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier i hjemmetjenesten forebygge den økende forekomsten av Diabetes type 2?*

## **1.4 Avgrensning av problemstilling**

Jeg har avgrenset oppgaven til brukere av hjemmetjenesten, og jeg har valgt å fokusere på gruppen over 40 år. Sykdommen opptrer hyppigere etter fylte 40 år og oppover i Norge, og risikoen for å utvikle Diabetes type 2 øker med stigende alder. Jeg vil også rette fokus på risikogruppen med overvekt og forhøyet blodtrykk, fordi mennesker med Diabetes type 2 ofte har disse symptomene (Jacobsen m.fl. 2010).

Diabetes type 2 er i utgangspunktet ikke en insulinkrevende Diabetes, men over tid kan brukeren utvikle behov for medikamentell behandling som påvirker reguleringen av blodsukkeret.. Mitt fokus er på brukere som ligger i risikozonen for å utvikle sykdommen, og ikke brukere som er kommet så langt at de har behov for medikamentell behandling eller insulintilførsel. Jeg vil likevel trekke noen sammenligninger der det faller naturlig (Almås 2007).

Forskning viser til at innvandrere fra ikke-vestlige land, har høyere risiko for å utvikle Diabetes type 2 når de flytter til den vestlige verden og starter et helt annet levesett enn de ellers har vært vant til. For å begrense oppgavens omfang tar jeg her for meg etnisk norske brukere (Sjøen og Thoresen 2008).

Jeg vil fokusere på hvordan sykepleier kan bruke “verktøyene sine” i forhold til endring av brukers livsstil når det gjelder fysisk aktivitet og ernæring, og på denne måten bidra til å forebygge Diabetes type 2. I drøftingsdelen vil jeg også diskutere kort om hvilken betydning pårørende kan ha i forebyggingen.

I utgangspunktet tenkte jeg at denne forebyggingen skulle foregå som primærforebyggende<sup>1</sup> arbeid, men jeg ser at det finnes et skjæringspunkt mellom primærforebyggende og sekundærforebyggende<sup>2</sup> arbeid i forhold til min problemstilling. Jeg mener at sykepleieren befinner seg en plass midt imellom disse to, fordi man skal tenke forebygging før sykdom bryter ut, men også når bruker har fått symptomer som plasserer ham i en risikogruppe. Jeg velger derfor å benytte både primær - og sekundærforebyggende arbeid som sykepleierens inngangsport i det forebyggende arbeidet. Jeg kan imidlertid utelukke at det dreier seg om et tertiærforebyggende<sup>3</sup> arbeid i denne sammenhengen.

## 1.5 Begrepsavklaring

### Forebygging:

*“Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge sykdom, skade og død. Men også om å fremme folks helse slik at den blir en god ressurs i hverdagen. Selv om døden er viss for alle mennesker, så baserer den sykdomsforebyggende strategien seg på at sykdom i de fleste tilfeller kan unngås” (Mæland 2009:13).*

### Diabetes type 2:

*“Diabetes type 2 er en ikke-insulinkrevende diabetes. Det vil si at man har noe insulinproduksjon, men ikke tilstrekkelig for å holde blodsukkeret normalt. Sykdommen skyldes en kombinasjon av for lav insulinproduksjon og nedsatt virkning av insulinet” (Jacobsen m.fl. 2010:312).*

---

<sup>1</sup> Primær sykdomsforebygging: Handler om å få friske mennesker til å endre livsstil før sykdom eller skade har oppstått (Mæland 2009:15).

<sup>2</sup> Sekundær sykdomsforebygging: Handler om å hindre at sykdom utvikler seg videre, eller manifesterer seg på nytt (Mæland 2009:15).

<sup>3</sup> Tertiær sykdomsforebygging Når målsettingen er å redusere de følgene sykdom har for livskvalitet og funksjon, så snakker man om tertiær sykdomsforebygging (Mæland 2009:15).

## **1.6 Oppbygging av oppgaven**

I første del av oppgaven har jeg presentert og begrunnet valg av tema, problemstilling og avgrensingen av denne. Jeg har skrevet begrepsavklaringer samt redegjort for formålet mitt med denne oppgaven. Her har jeg også presentert mitt eget faglige ståsted og forforståelse i forhold til problemstillingen.

I del to av oppgaven skriver jeg om metode i oppgaveskrivingen. Her presenterer jeg ulike metoderetninger, og hvilken metode jeg har benyttet i denne oppgaven. Videre skriver jeg kort om datasamlingen til oppgaven, og legger frem en fyldigere presentasjon av to forskningsartikler. Del to inneholder også hvilke forberedelser jeg gjorde i forkant av intervju, samt en liten oppsummering om gjennomføringen av intervjuet. Til slutt følger det en metodekritikk hvor jeg ser på fordelene og ulempene ved metodevalget til denne oppgaven.

Del tre er en teoridel hvor jeg presenterer den teorien jeg mener er nødvendig å få frem for å belyse problemstillingen så godt som mulig.

I del fire drøfter jeg den dataen jeg har samlet med bakgrunn i problemstillingen. Jeg benytter teorien ved å diskutere den opp mot forskningsartikler, egne erfaringer samt informantenes opplysninger fra sitt praksisfelt.

Del fem og seks utgjør avslutning og litteraturliste.

Det følger også med tre vedlegg til oppgaven i forbindelse med gjennomføring av intervju.

## **2.0 METODE**

### **2.1 Hva er en metode?**

Dalland (2007) beskriver en metode som det redskapet vi benytter i møte med det vi vil undersøke. Den bidrar til å samle inn den informasjonen vi har behov for, eller etterprøve kunnskap vi allerede har i forbindelse med den aktuelle undersøkelsen. En metode er en måte å gå frem på for å få kunnskap om spørsmålet vårt. Årsaken til at man velger en konkret metode, er at man mener den vil belyse spørsmålet med gode data.

### **2.2 Forskjell mellom kvalitativ og kvantitativ metode**

For å innhente informasjon om det man skal undersøke kan man benytte metoderetningene kvalitativ eller kvantitativ metode. En kvalitativ metode kan ikke tallfestes eller måles. Metoden benyttes for å få data som karakteriserer et bestemt fenomen, og fokuserer på å fange opp mening og opplevelse. Denne metoden fokuserer på å gå i dybden, og søker en helhet og sammenheng i det man forsker på. Kvantitativ metode er mer “harde fakta” hvor informasjonen er formet i tall og statistikker. Med denne metoden går man mer i bredden, og forsøker å få frem det representative ved det man vil undersøke (Dalland 2007).

### **2.3 Valg av metode**

Jeg har valgt å benytte en kvalitativ metode da jeg mener den egner seg godt til min problemstilling, og vil belyse den med gode data. Jeg har litt erfaring med denne metoden fra prosjektarbeid i sykepleiestudiet, og vurderte at det var praktisk gjennomførbart i forhold til den tiden som er satt av til oppgaven. Ved å benytte intervju med sykepleier fra det feltet jeg skriver om, mener jeg at jeg får en større nærhet i forhold til forskningsfeltet, samtidig som det gir en dybdeforståelse av problemstillingen gjennom drøftingsdelen.

Når man arbeider med mennesker er samtalen det viktigste redskapet man har. Som sykepleier må man forholde seg til mennesker i alle aldre og livssituasjoner, og man må bruke hele seg selv for å forstå situasjonen og vite hvordan man skal klare å gjøre seg forstått. Når man skal gjennomføre et intervju må man også forholde seg til at informanten kan komme med innspill som overrasker. Man må sikre seg at man ikke har misforstått noe, og oppnår en



forståelse av hva den informasjonen du har fått gjennom intervjuet betyr for informanten (Dalland 2007).

Gjennom et kvalitativt forskningsintervju forsøker man å se verden fra informantens ståsted. Målet er å avdekke informantens opplevelser og erfaringer fra det feltet man forsker i. For som Kvale og Brinkmann (2009:19) sier innledningsvis: “*Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?*”

## **2.4 Innsamling av data**

Jeg har benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og gjennomført intervju i forbindelse med datasamlingen til oppgaven. For å finne selvvalgt litteratur har jeg brukt søkemotorene i bibsys, pubmed, sykepleien, forskning, googlescholar, svemed, varinorden, tidsskriftet og norart.

Med hjelp av søkeordene *Diabetes type 2, forebygging, ernæring og fysisk aktivitet* har jeg funnet både bøker og forskningsartikler som egner seg til min oppgave. Jeg benytter i hovedsak primærlitteratur i forskningen, som Dalland (2007) beskriver som forfatterens eget arbeid. Nedenfor presenterer jeg et utvalg av den litteraturen jeg har benyttet i oppgaven.

### **Pensumlitteratur**

Jeg har benyttet en god del av pensumlitteraturen vår, da det er mye stoff der som egner seg for min problemstilling. Dalland (2007) har vært til uvurderlig hjelp hele veien. Egil Martinsen (2009) har gitt meg nyttig informasjon i forhold til fysisk aktivitet i forebyggingen. Mæland (2009) har jeg brukt hele veien gjennom oppgaven i forhold til det forebyggende arbeidet, og Sjøen og Thoresen (2008) har gitt meg mye gode data om forebyggende ernæring.

### **Selvvalgt litteratur**

I forbindelse med intervjuet har jeg hentet inspirasjon fra Kvale og Brinkmanns bok “Det kvalitative forskningsintervju”. Jeg har benyttet Kari Martinsens bøker “Fra Marx til Løgstrup” (2003) og “Å se og å innse” (2009). Jeg har også brukt Kristoffersen (2005) i presentasjon av sykepleieteoretiker. Graue og Skafjeld (2011) “Diabetes – forebygging,

oppfølging, behandling” fant jeg via Bibsys, og har også vært en svært aktuell bok gjennom skriveprosessen.

### **Forskningsartikler**

I prosessen med å finne en vitenskapelig artikkel, har jeg søkt mye gjennom de ulike søkemotorene som nevnt ovenfor. Den Amerikanske forskningsartikkelen “*Reduction in the incidence of type 2 Diabetes with lifestyle intervention or metformin*”, fant jeg på pubmed, og viste seg å egne seg godt til min oppgave. Studien fra 2002 har forsket på sammenheng med tiltak i livsstil, tilførsel av Metformin<sup>4</sup> eller placebo, for å se på reduksjon i antall tilfeller med type 2 Diabetes. Studien ble utført på 3234 ikke-diabetikere med et forhøyet blodsukker. Gjennomsnittsalderen for deltagerne i studien var på 51 år, hvor deltagerne ble fulgt opp i nesten tre år (Engl & Med 2002).

De som skulle tilføre kroppen Metformin, skulle ta 850 mg x 2 daglig. Kroppsmasseindeksen (KMI<sup>5</sup>) til deltakerne lå i snitt på 34, og de som skulle gjøre tiltak i livsstilen sin, skulle gå ned 7 % av kroppsvekten, og være i fysisk aktivitet minst 150 minutt i løpet av en uke (Engl & Med 2002).

Resultatene av studien viser at livsstilforandringene reduserte utviklingen av Diabetes type 2 med 58 %. Tilførsel av Metformin utgjorde en forskjell på 31 %. Studien konkluderer med at livsstilforandringer og behandling med Metformin reduserer begge utviklingen av Diabetes type 2 hos personer som ligger i risikogruppen. Men livsstilforandringer utgjorde en større forskjell enn tilførsel av Metformin (Engl & Med 2002).

Kjersti Sortland m.fl. har gjort en pilotstudie om eldre og ernæring: “*Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie.*” Denne artikkelen fant jeg via bibsys. Det er en kvantitativ studie som først og fremst tar for seg sykehjemspasienter, men studien trekker også likhetstrekk til brukere av hjemmetjenesten.

---

<sup>4</sup> Metformin: medikament i tablettform som påvirker blodsukkerreguleringen (Almås 2007:914).

<sup>5</sup> KMI: står for kroppsmasseindeks og er en høyde-vekt-tabell som regner ut hvor man ligger i forhold til det som er helsemessig anbefalt (Sjøen & Thoresen 2008:170).

Kjersti Sortland er høgskolelektor ved sykepleierutdanningen i Akershus, og har i mange år undervist i ernæring. Pilotstudien fra 2009 undersøker om de eldres ernæringsbehov blir dekket tilstrekkelig. Studien er et samarbeid mellom et sykehjem med 150 plasser, og en høgskole. Det ble benyttet spørreskjema, kostregistrering og næringsberegning i studien (Sortland m.fl. 2009).

Resultatene viser at helsepersonellet anså de eldres næringsbehov for å være dekket, men det viste seg at bare en av seks eldre hadde et tilfredsstillende energiinntak. Tilførsel av vitamin A og karbohydrater var bra, men inntaket av mineraler, D-vitamin og proteiner var altfor lavt. Inntaket av mettet fett var for høyt, og umettet- og flerumettet fett for lavt. Det viste seg også at det gikk hele 14 timer mellom kveldsmåltidet til inntak av frokost. Studien konkluderer med at næringsberegning er gode indikatorer i planleggingen av de eldres måltider. Det burde økes med antall måltider, forandres på intervaller mellom måltidene, samt utarbeides individuelle næringsplaner (Sortland m.fl. 2009).

## **2.5 Intervjuforberedelser**

Jeg har valgt å gjennomføre et dybdeintervju med sykepleier i hjemmetjenesten fordi jeg ønsker å få belyst hvordan forebyggingen praktiseres i feltet. Jeg ønsker innsikt i hvilke ressurser som er på området for å se hva som er bra, og eventuelt hva som kan bli bedre.

Etter jeg fikk godkjent min problemstilling og prosjektbeskrivelse av veileder, fylte vi ut skjemaet "Tillatelse til innhenting av data"(vedlegg 1). Jeg utarbeidet også et brev til leder, hvor jeg presenterte meg, og forklarte hva denne datasamlingen skulle brukes til (vedlegg 2). Jeg oppsøkte deretter en aktuell informant for å høre om vedkommende kunne tenke seg å stille opp til et dybdeintervju. Informanten stilte seg veldig positiv til dette, og sa ja med en gang.

Neste steg var å utarbeide intervjuguide (vedlegg 3). Jeg endte opp med 12 spørsmål som jeg testet ut på familie for å forsikre meg om at spørsmålene ble oppfattet slik de var ment. Informant fikk utdelt intervjuguide en uke før gjennomføring av intervju, slik at hun fikk mulighet til å forberede seg. Jeg informerte samtidig om at jeg kom til å benytte båndopptaker under intervju.

## 2.6 Gjennomføring av intervju

Jeg møtte min informant på avtalt sted og avtalt tid på et lite bibliotek ved hennes arbeidsplass. Jeg møtte opp noen minutter før, slik at jeg fikk mulighet til å rigge meg til med båndopptaker. Rommet var lite, men lyst. En hel vegg besto av vinduer, og det var godt belyst. Det var bokhyller på begge sider av rommet, og midt i rommet var det et bord med seks stoler. I ett av hjørnene var der en liten lesestol med en lampe, en stol og et lite bord. Jeg plasserte meg ved den ene kortsiden av bordet midt i rommet. Informanten plasserte seg på langsiden av bordet slik at vi ikke ble sittende så langt fra hverandre. Hun ga uttrykk for å være litt nervøs, og fikk gått på toalettet og hentet seg litt vann før vi satte i gang.

Jeg snakket litt om formålet med oppgaven, hvordan jeg skulle bruke opplysningene, og om min taushetsplikt. Jeg henviste også til de opplysningene jeg hadde gitt i “brev til leder” (vedlegg 2). Hun fikk mulighet til å stille spørsmål om eventuelle uklarheter rundt spørsmålene, og jeg informerte henne om at vi kunne avbryte eller ta pauser underveis hvis hun følte behov for det. Før vi startet intervjuet, gjorde vi en liten test på båndopptakeren for å se om den fanget stemmene våre godt nok. Denne plasserte vi på bordet midt mellom oss.

Under intervjuet noterte jeg meg små stikkord i forhold til informantens kroppsspråk. Jeg måtte også sjekke at båndopptakeren gikk som den skulle, og samtidig skulle jeg være oppmerksom på vår samtale og komme med eventuelle oppfølgingsspørsmål. Det var både krevende og spennende på samme tid.

Mitt inntrykk var at informanten hadde forberedt seg godt til intervjuet. Hun hadde notert seg stikkord på intervjuguiden, og hadde også med seg utskrifter med informasjon. Hun var positiv og engasjert gjennom hele intervjuet, og vekslet med å se på sine notater og meg som forsker. Hun gestikulerte med hendene når hun ble ivrig, og tok seg til ansiktet ved et par anledninger. Hun satt for det meste tilbakelent med en penn i den ene hånden, men lente seg innimellom fremover og leste litt i papirene sine. På noen spørsmål hadde hun tenkepauser, og det viste seg at hun syntes noen av spørsmålene var vanskelig å skille fra hverandre (spørsmål 4 og 6). Her følte hun at hun måtte gjenta seg selv.

Intervjuet varte i totalt 35 minutter og vi fikk gjennomført uten forstyrrelser utenfra. Lydkvaliteten viste seg å være veldig bra, og informant fikk tilbud om å lese ferdig

transkribert intervju, men dette takket hun nei til. Intervjuet ble transkribert ordrett i etterkant, og utgjorde 4 maskinskrevne sider.

## **2.7 Metodekritikk**

En svakhet ved å benytte kvalitativ metode når man skriver en så omfattende oppgave alene, er at intervjuet er svært tidkrevende med alt det fører med seg. Jeg har ført en streng fremdriftsplan fra første dag, og oppgaveskrivingen har krevd struktur og planlegging hele veien.

Det omfattende arbeidet og begrenset med tid utgjorde også at jeg valgte å benytte bare en informant til denne oppgaven. I ettertid er jeg glad jeg tok dette valget, da jeg er usikker på om jeg hadde klart å nyttiggjøre meg mer data. Som Dalland (2007) sier er det bedre å begrense antallet informanter, enn å samle mer data enn man klarer å benytte i oppgaven.

Under intervju benyttet jeg lydopptak. Jeg var svært nervøs for at noe skulle gå galt slik at lydopptaket ble mislykket. Jeg måtte flytte en del av fokuset mitt fra informant til opptaker, og erfarte at det var mye mer utfordrende å gjennomføre et intervju alene, enn den erfaringen jeg har fra gruppeprosjekt.

I forhold til intervjuguiden ser jeg i ettertid at jeg kunne ha formulert meg litt annerledes, og vært enda mer spesifikk i forhold til spørsmål 4 og 6. Informanten ba om en pause når vi kom til spørsmål 6, fordi hun følte at hun allerede hadde svart på dette spørsmålet. Her måtte jeg forklare hvordan jeg hadde tenkt, og innså selv at det var altfor diffuse forskjeller i utformingen av disse to spørsmålene.

Selv om prosessen har vært utfordrende og krevende, er jeg ikke i tvil om at jeg hadde valgt samme metode hvis jeg fikk velge på nytt. I etterkant av intervjuet føler jeg at jeg sitter igjen med nyttig informasjon. Jeg mener informantens erfaringer bidrar til å gi teorien dybde, samtidig som der finnes kontraster fra teori til praksis som er interessant å diskutere.

## **3.0 TEORI**

### **3.1 Kari Martinsen**

Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens sykepleieteori ut ifra hennes menneskesyn. Jeg mener hennes etiske holdninger i møte med mennesket er grunnleggende i sykepleiefaget. Hun ser mennesket bak sykdommen, og fokuserer på viktigheten av en god relasjon mellom sykepleier og bruker (Kristoffersen m.fl. 2005).

Martinsens sykepleieteori vektlegger det menneskelige fellesskapet og grunnleggende verdier hvor relasjoner blir sett på som det mest fundamentale i menneskets liv. Hun sier at menneskene er avhengige av hverandre, og at denne avhengigheten trer spesielt frem når man opplever sykdom, skade og funksjonstap (Kristoffersen m.fl. 2005).

Kari Martinsen framhever i sin bok “Fra Marx til Løgstrup” (2003) betydningen av at sykepleiefaget er bygd på en personorientert profesjonalitet, med praktisk kunnskap i bunn. Hun sier at for å få kjærligheten inn i faget vårt må vitenskapen vike for praktisk filosofi. Med dette mener hun ikke at vitenskapen ikke er viktig, da den gir oss ny innsikt og forståelse. Men at en vitenskapelig holdning vil kunne føre til en avhumanisering i relasjonen mellom bruker og sykepleier, og brukerne går fra å være mennesker til objekter i et vitenskapelig syn. Martinsen mener at livsfilosofi, metafysikk og kunst som sykepleierens forbilde, vil kunne åpne for kjærligheten i faget vårt og korte ned på avstanden mellom sykepleier og bruker.

Sansingens forståelse i relasjon til den andre er noe Martinsen påpeker som viktig for at livsmotet hos den andre skal vokse frem. Hun sier at ved å tyde den andres ord og sanser kan man skape et livgivende samspill. Det handler om å være tilstede i øyeblikket, med både kropp og sinn. Gjennom blikket gir vi oss selv til kjenne, og vi hører den andre gjennom fottrinn, åndedrett og sukk. Inntrykkene vi får fra den andre, gis til uttrykk gjennom vårt daglige språk. Det vil alltid være noe usagt i det sagte, og det som sies kan alltid oppfattes på en annen måte (Martinsen 2003).

Martinsen er opptatt av at etikken står i sentrum, og at etikkens nerve er nærvær. Hun fremhever at menneskets verdighet ikke kan måles, og at ethvert menneske har krav på den samme aktelsen uavhengig hvilken utrustning man måtte komme med. Hun sammenligner

dette humanistiske prinsippet med å ta imot den andre som en gave. For en gave skal bare tas imot, og med den kommer ingen betingelser eller kvalifikasjoner (Martinsen 2003).

I Martinsen og Eriksson (2009) “Å se og å innse” er det satt fokus på samtalen. Gjennom samtalen må vi lytte, noe som kan være krevende da vi må flytte fokus fra oss selv for å høre etter. Men å lytte kan også være givende da man er mottakelig for det den andre ønsker å formidle. Man kan vinne ny innsikt ved at egne synspunkter tas opp til ettertanke, noe som gjør at man kan lære å forstå noe annerledes. Det handler om at man er villig til å ta den andres ord på alvor.

Sykepleierens menneskesyn kan formes som moralske holdninger. Synet på helse og sykdom, behandling og pleie, samt brukerens medbestemmelsesrett over egen helse kan påvirkes av menneskesynet. Sykepleierens etikk kan med andre ord få store konsekvenser for enkeltmenneskers skjebne (Brinchmann 2007).

Sykepleiefaget støtter seg til det holistiske menneskesynet, hvor brukeren blir sett med en helhetsforståelse. Man ser hver enkelt del av mennesket som en del av en større helhet. Målet med dette menneskesynet er å ivareta mest mulig av mennesket, og tenke at det er flere potensielle årsaker til dårlig helse og sykdom. Poenget er å finne problemets utspring, og behandle ut ifra dette (Brinchmann 2007).

### **3.2 Forekomst av Diabetes type 2**

Ved Diabetes type 2 har brukeren en delvis insulinmangel, det vil si at det ikke frigjøres nok insulin i forhold til kroppens behov. Brukeren har også insulinresistens, det vil si at insulinets virkning er nedsatt, og glukoseopptaket i perifert vev og i leveren ikke er tilstrekkelig. Dermed klarer ikke insulinet å hemme glukoseproduksjonen i leveren, og blodsukkeret stiger (Almås 2007).

Diabetes type 2 utvikler seg langsomt, og man ser sjelden symptomer på sykdommen før det er gått både måneder og år. Ved diagnosetidspunktet kan det påvises senskader hos så mange som 50 % av brukerne. Tidlige symptomer kan være nedsatt allmenntilstand, svimmelhet,

synsforstyrrelser, kløe nedentil, dårlig sårtilheling, brystmerter og problemer med avføring og urin (Almås 2007).

Diagnosen stilles vanligvis ved at to fastende blodprøver viser en glukosekonsentrasjon på mer enn 7,0 mmol/l i venøst plasma (referanseområde 4-6 mmol/l). Hvis man skal teste for glukosuri (sukker i urinen) hos eldre mennesker, må man ta i betraktning at dette sjelden forekommer før blodsukkeret er så høyt som 12-15 mmol/l. Dette kommer av at nyreterskelen til eldre mennesker er høyere på grunn av lavere filtrasjon gjennom nyrene. En del medikamenter kan også gi falske symptomer på Diabetes type 2, men etter en tid vil brukeren utvikle ubehagssymptomer som depresjon, tiltaksløshet og tretthet. Gjentatte urinveisinfeksjoner og soppinfeksjoner kan også være tegn på ubalanse i kroppens glukoseomsetning (Almås 2007).

Ifølge helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011) har det de siste 30 årene vært en tredobling i forekomst av diabetes type 2. Overvekt øker ikke bare risikoen for diabetes type 2, men også for en rekke kreft og hjerte- karsykdommer. Det har vært en dobling de siste 20 årene av andelen fedme i befolkningen. I dag har en av fem nordmenn KMI på over 30.

I Norge har ca. 100.000 mennesker fått diagnosen Diabetes, men det reelle antallet estimeres å være omkring 375.000. Av disse tallene anslås det at 90 % er type 2 Diabetikere. Dette innebærer at mange mennesker lever med en udiagnostisert Diabetes (Skafjeld og Graue 2011).

De største risikogruppene for å få Diabetes type 2 er hvis man har nær familie som har utviklet sykdommen, hvis man har en overvekt med KMI på over 27, om en har mye bukfedme, om du har en etnisitet fra Polynesia, Asia eller Afrika, hvis du er eldre enn 45 år, om du har blodtrykk som er høyere enn 140/90, hvis du har lave verdier av det sunne kolesterolet HDL<sup>6</sup>, eller for høye verdier av det dårlige kolesterolet LDL<sup>7</sup> (Ganz 2005).

---

<sup>6</sup> HDL: Protein som transporterer overskudd av kolesterol fra perifere vev til leveren hvor kolesterolet blir brutt ned (Sjøen & Thoresen 2008:150).

<sup>7</sup> LDL: Protein som transporterer fettstoffer ut i vevene for energi eller lagring, og forsyner cellene med kolesterol (Sjøen & Thoresen 2008:150).



### **3.3 Forebygging av Diabetes type 2**

Noen sammenligner forebygging med husarbeid: “*Det vises bare når det ikke blir gjort*”. Forskjellen er at det kan ta år før det viser seg om tiltakene har hatt effekt, alt etter hvilket forebyggende arbeid man jobber med. Effekten av forebyggende tiltak er lettest å vise til når det er utvikling av spesielle sykdommer som skal påvirkes (Mæland 2009:21).

Menneskets levesett har stor innflytelse på helsen. Sunne levevaner øker ikke bare antall år uten plagsomme sykdommer, men det er også livsforlengende. Livskvaliteten stiger i takt med gode helsevaner, og funksjonsevnene vil bedres på en rekke områder (Mæland 2009).

Den økende forekomsten av Diabetes type 2 skyldes at befolkningen blir eldre, men også at vi blir større og mindre fysisk aktive. Disse faktorene kan påvirkes, og Skafjeld og Graue (2011) sier at det er to forhold som bør vurderes i denne sammenhengen: Det første er at enkeltindivider som ligger i risikogrupper må identifiseres, og få igangsatt aktive tiltak. Det andre er at det bør settes inn generelle tiltak i befolkningen som en helhet, eller i grupper.

Sosiologen Aron Antonovsky mener at hvert enkelt menneske har stor innflytelse på sin egen helse. Han mener at fremfor å legge fokus på problemene og årsakene til dårlig helse (patogenese), så skal man finne egne mestringsstrategier for å fremme god helse (salutogenese). Han mener at nøkkelen for å lykkes er å ha en opplevelse av sammenheng sammen med mennesker som har betydning i ditt liv. Antonovsky mener at dette krever at man må ha nødvendige ressurser for å mestre utfordringene, man må se belastningene sine i en større sammenheng, og det kreves stort engasjement og mye tid for å løse problemene sine (Martinsen 2009).

#### **3.3.1 Fysisk aktivitet**

Martinsen (2009) ser på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og forebygging av sykdom. Han påpeker hvordan den vestlige delen av verden stadig beveger seg mindre, da vi ikke lenger er avhengig av kroppsarbeid for å overleve slik det var tidligere. Menneskekroppen er skapt for fysisk aktivitet, og når den ikke brukes, så forfaller den. Muskler, skjelett og ledd svekkes, og man står i fare for å utvikle en rekke sykdommer og skader.

Moderat overvekt er ikke forbundet med livsstilssykdommer som Diabetes type 2. Men større overvekt har en klar sammenheng med dette. I løpet av de siste 30 årene har gjennomsnittsvekten blant 40 årige menn økt med 9 kilo, og hos kvinner med 4 kilo. Undersøkelser viser at energiinntaket i den voksne befolkningen har vært stabilt siden 1970-årene, men energiforbruket har gått ned. Dette overskuddet lagres i kroppen, og fører over tid til at vi utvikler overvekt (Sjøen og Thoresen 2008).

Martinsen (2009) fremhever at det er viktigere å fokusere på å øke aktivitetsnivået, fremfor å tape vekt. Dette fordi den helsemessige nytteverdien er større enn tallet på vekten. Muskelmassen økes, fettvev reduseres, og stoffskiftet i hvile øker. Matlysten øker, og balansen mellom energiinntak og fysisk aktivitet blir jevnere. Når man er fysisk aktive øker også transporten av sukkeret fra blodbanen og ut i skjelettmuskulaturen, og virkningen av insulinet blir bedre.

### **3.3.2 Ernæring**

I vårt land har vi et trygde- og sosialsystem som sørger for at alle skal ha mulighet til å kjøpe seg god og sunn mat hele året. Informasjon om et fornuftig kosthold er det heller ikke vanskelig å få, men det finnes likevel mennesker med mangelfull ernæring (Sjøen og Thoresen 2008).

I dag florerer det i utvalget av godterier, snacks og brus. Forbruket er stort, og bare i Norge bruker vi 5-6 milliarder kroner årlig på denne typen varer. Brus brukes stadig mer som tørstedrikk, og hvis man drikker halvannen liter brus hver dag, får man i seg 1 kg sukker i løpet av en uke. Et slikt inntak utgjør 1/3 av kroppens daglige behov for energi, og da er sukker det eneste næringsstoffet man har fått i seg. Et så stort inntak av sukker er ugunstig for blodsukkeret, da blodsukkerstigningen går raskt, insulinutskillingen går raskt, og blodsukkeret faller like fort som det stiger. Disse variasjonene i blodets sukkernivå påvirker også konsentrasjon, yteevne og humør (Sjøen og Thoresen 2008).

Viktige elementer i forhold til ernæring er at man har en regelmessig måltidsrytme. Å innarbeide faste måltider med jevne mellomrom, bidrar til at man spiser mindre snacks og godterier mellom hovedmåltidene. Man bør ha 3-4 hovedmåltider i løpet av en dag, med noen

mellommåltider i tillegg. Det er også viktig å variere på matvarene, både for å få et mer spennende kosthold, men også for å få en balansert tilførsel av de næringsstoffene som kroppen trenger (Sjøen og Thoresen 2008).

Helsedirektoratet anbefaler at andelen sukker ikke overskrider mer enn 10 % av energiinntaket vårt. Vanlig sukker består av fruktose og glukose, og blir fremstilt av sukkerbeter eller sukkerrør. I gjennomsnitt spiser hver nordmann 43 kg sukker i løpet av et år. Dette er mer enn en firedobling siden 1900, og er altfor høyt (Sjøen og Thoresen 2008).

Det er i første omgang kostens karbohydratinnhold som har effekt på blodsukkernivået. Andre energigivende næringsstoffer som fett og proteiner gir ikke direkte innvirkning på blodsukkeret. Men jo lengre tid det tar for maten å komme ned i tynntarmen, jo langsommere stiger blodsukkeret. Så man kan si at mat som krever mye tygging er gunstig for at blodsukkeret ikke skal stige for raskt (Skafjeld og Graue 2011).

### **3.3.3 Samhandlingsreformen**

Vår forrige helse- og omsorgsminister, Bjarne Håkon Hansen presenterte ideen om en ny helsereform – samhandlingsreformen. Hovedidéen er at samhandlingen mellom helse – og omsorgstjenestens aktører må styrkes. For selv om Norge er et av landene som bruker flest offentlige helsekroner per person, har vi ikke fått tilsvarende mye god helse igjen for det. Køene til spesialisthelsetjenesten vokser, og utviklingen ser ikke ut til å være bærekraftig (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Hansen mener at vi må våge å satse på forebygging framfor reparasjon, og ressursene må i større grad gå til oppbygging av tjenestetilbud i kommunene. Det arbeides ut fra at samhandlingsreformen skal iverksettes fra 1. januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

I dag foreligger det gode dokumentasjoner på at økt fysisk aktivitet og sunt kosthold har god effekt i forhold til forebygging og behandling av flere sykdommer og lidelser. Utfordringen har vært å utvikle gode tiltak som gjør at denne kunnskapen kan settes ut i praksis som en del av helsetjenestens tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Ved å øke innsatsen på forebyggende helsearbeid kan helsetjenesten bidra til bedre folkehelse. Dette kan gjøres ved å fange opp risikogrupper og sette inn forebyggende tiltak tidlig, samt forhindre senkomplikasjoner og forverring ved allerede oppstått sykdom som for eksempel Diabetes type 2 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Reformen fremhever at en bedre samhandling i helse- og omsorgssektoren skal være et av de viktigste utviklingsområdene fremover. Det er et økende behov for koordinerte tjenester fra ulike tjenestesteder, da dagens tilbud er veldig spesialiserte, og lite helhetlige. En av utfordringene er at hovedfokus i dagens helsetjeneste er rettet mot behandling av sykdom og senkomplikasjoner hos pasienten, fremfor forebyggende helsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

## **4.0 DRØFTING**

I drøftingsdelen ønsker jeg å diskutere en del tema jeg mener vil bidra til å gå i dybden av oppgavens problemstilling. Jeg har erfart at sykepleierens etikk i møte med brukeren kan brukes som nøkkelen inn i en god relasjon, og jeg vil drøfte litt rundt tilnærmingen til brukeren. Det forebyggende arbeidet skal foregå i brukerens hjem, og jeg ser viktigheten i å ilegge dette fokus da det kan by på utfordringer sykepleieren bør være bevisst på. Jeg ønsker å gå nærmere inn på temaet overvekt, da dette er et tema som kan fremkomme i forebyggingen av sykdommen. Jeg ønsker også å diskutere hvordan bruker og sykepleier kan flytte fokus fra problem til løsning i det forebyggende arbeidet. Til slutt vil jeg diskutere hvordan den nye samhandlingsreformen kan bidra til å bedre det forebyggende arbeidet mot Diabetes type 2.

### **4.1 Etikk i det forebyggende arbeidet**

Når sykepleieren skal møte brukere i det forebyggende arbeidet mot Diabetes type 2, er det viktig at man har etikken med seg. Man bør være bevisst egne holdninger og handlinger, og hvordan dette kommer til uttrykk. Kari Martinsen sier at etikkens nerve er nærvær. Hun beskriver dette med en handling hvor mennesker møtes med øyne som gjør den andre godt, og hvor kroppsspråk uttrykkes med lindrende håndlag (Martinsen 2003).

Et grunnleggende holistisk<sup>8</sup> menneskesyn er godt å ha med seg hvis man kommer opp i etiske dilemma hvor for eksempel sykepleierens plikt til å hjelpe kommer i konflikt med brukerens autonomi<sup>9</sup>. Denne problemstillingen er svært reell i det forebyggende arbeidet. Brukeren kan ha levd et langt liv med en usunn livsstil, og det kan være vondt for ham å innrømme at det har sammenheng med dårlig helse. Å skulle overtale brukeren til å gjøre dristige endringer i sine livsvaner etter så lang tid ville være uetisk, da man må ta høyde for at brukeren har autonomi over egen helse. På den andre siden ser man at denne livsførselen er til skade for brukerens helse, og dette ønsker man som sykepleier å skåne ham for (Brinchmann 2007). Informanten min hadde erfaring fra slike etiske dilemmaer:

---

<sup>8</sup> Holisme: Helhetsforståelse som innebærer at alle deler av menneskets natur henger gjensidig sammen (Brinchmann 2007:25).

<sup>9</sup> Autonomi: Retten til å bli informert og til å velge selv (Brinchmann 2007:80).

*Vi hadde for eksempel en eldre mann som fikk diabetes type 2. Han pleide å spise mange sukkerbiter til alle kaffekoppene, og når vi forklarte ham at han kunne få en sukkerbit til kaffen, så godtok han det. For som han sier selv; "jeg har jo sukkersyke." En annen sak med eldre folk er at noen gleder må de få ha, og vi driver ikke noe veldig strengt regime. Så hvis de har vært vant til å spise sirup på brødkiven, så reduserer vi med måte. Men alt må vurderes ut ifra hvor alvorlig Diabetes brukeren har. Vi må se forskjell på brukere som ligger i faresonen, og de som er avhengige av stor insulintilførsel. Det handler om livskvalitet, så vi kan ikke bryte inn og ta fra dem alt de liker veldig godt. Men vi prøver med enkle grep som er anbefalt for å forebygge Diabetessykdommen.*

— Dette mener jeg er et godt eksempel på hvordan vi kan "forhandle" frem tiltak som er til brukerens beste. Her brøytet de seg ikke frem og sa: "Nei hør her, nå tar vi alle sukkerbitene fra deg, de er ikke bra for deg". De fant en middelvei som både bruker og sykepleier godt kunne leve med. I arbeidet med forebygging av Diabetes type 2 bør sykepleier tilnærme seg brukeren med en slik ydmykhet for å kunne skape en god relasjon (Brinchmann 2007).

## **4.2 Brukerens hjem som arbeidsarena**

Hjemmet til brukerne er mye mer enn tak og vegger. Det er skapt av mennesker, og er en ramme rundt livene deres. Hjemmet gir oss mening og sammenheng, og kan også fortelle oss som besøkende mye om den personen som bor der. Å utøve sykepleie i andres hjem fordrer at man kommer med en respekt ovenfor det enkelte hjemms verdier og normer. Uavhengig av hvor mye hjelp brukeren har behov for, har han også krav på å bevare sin verdighet (Fjørtoft 2007).

Å vinne tillit hos brukeren er kanskje det vanskeligste og viktigste sykepleieren gjør når hun kommer hjem til ham. Kari Martinsen sier at tilliten er noe av det mest fundamentale i relasjonen mellom mennesker, og at tillit i menneskers liv er et bærende element (Kristoffersen m.fl. 2005).

I praksis krever dette at sykepleieren har kunnskap om hvordan det er å motta hjelp i eget hjem, og hva hjemmet betyr for den enkelte. Respekten kan presenteres ved enkle grep som å banke på når man kommer, hilse når man kommer og går, tørker av beina før man går inn, tar hensyn til privatliv og medbestemmelse, samt ivaretar taushetsplikten som helsepersonell (Fjørtoft 2007).

Det positive med å jobbe i brukerens trygge og vante omgivelser er at vi får et innblikk i brukerens liv. Vi ser ham i en større sammenheng, og det gir oss mulighet til å observere hvordan han fungerer i det daglige. Med utgangspunkt i faglig kunnskap og kliniske observasjoner, kan sykepleier sammen med bruker drøfte hvilke tiltak som kan og bør settes inn (Fjørtoft 2007).

Informanten min kom med eksempler på hvilke grep de tar hvis de observerer mangelfull ernæring hjemme hos brukerne:

*Hvis vi ser at kostholdet er feil, så prøver vi å gi informasjon. Mange av brukerne får middag fra kjøkkenet på sykehjemmet, og det er jo mat som er sammensatt riktig. De leverer også diabeteskost for diabetikere, og vi informerer om dette tilbudet. Vi kan også skrive handleliste sammen med brukerne hvis vi ser behov for det. Da informerer vi om at de må handle sukkerfrie varer og lettkost...*

Jeg har praktisk erfaring fra å skrive handlelister sammen med brukerne. Jeg mener tiltaket er en god mulighet til å innhente informasjon om hvor bevisst brukeren er i forhold til riktig ernæring, samtidig som man kan informere og veilede der det er behov. Et eksempel kan være at vi råder brukeren til å kjøpe spekeskinke fremfor salami, fordi fettinnholdet er betraktelig mye lavere i spekeskinke. Man får dermed en bedre oversikt over hva brukeren faktisk spiser, og en mulighet til å påvirke disse handlingsvalgene.

### **4.3 Overvekt som tema**

Det er lett å forestille seg at det å komme hjem til en bruker for å ta opp temaet overvekt i forebyggingen, kan være svært utfordrende. Det man sier kan lett oppfattes som krenkende, og våre grunnleggende holdninger i forhold til temaet vil skinne gjennom den informasjonen som kommer frem. Etikken og moralen kommer like mye til uttrykk gjennom kroppsspråket, som det som faktisk blir sagt eller gjort (Brinchmann 2007).

Kari Martinsen (2003) sier at i det man sier, vil det alltid være noe som er usagt, og det man sier kan oppfattes annerledes enn det er ment. Man bør derfor veie sine ord for å unngå misforståelser og mistillit. Dette var også noe informanten min var bevisst på:

*Vi ser at for mange går det veldig greit å ta imot informasjon, og de får gjort noe med kostholdet. De har måltider med 4 timers mellomrom, og der vi er inne og styrer kosten til brukeren der er det veldig greit å gjøre noe. Men utfordringen blir når de styrer kosten selv og vi ikke får lov å blande oss inn, og informasjonen ikke går inn hos brukeren. Det er dette med å tråkke over en grense....overvekt kan ofte være et ømtålig tema, så vi må trå forsiktig.*

Sykepleieren bør være bevisst sitt non-verbale kroppsspråk, da det kan avsløre både bevisste – og ubevisste holdninger. Kroppsspråket vårt gir også signaler om hvor innstilt vi er til å lytte og hjelpe. Det er sammenfattet noen holdepunkter for gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter. Det handler om å ha øyekontakt og en åpen kroppsholdning. Hvis man sitter med armene i kors vil man lett oppfattes som uinteressert og arrogant. Hvis man henvender seg mot den andre gjennom kroppsholdningen og kommer med bekræftende nikk, forsikrer man den andre om at man er interessert. Det handler også om å ha en naturlig stemme, naturlige bevegelser og et avslappet ansikt. Dette er mange faktorer å skulle forholde seg til på samme tid, men på denne måten kan man vinne tillit til å bygge opp en relasjon, hvor ressurser og motivasjon kan skapes (Eide & Eide 2007).

Livet blir annerledes når helsen vår endrer seg. Man får kanskje behov for å tilegne seg nye ferdigheter, kunnskap, vaner og livsstil. Som sykepleier skal man fylle mange roller når det er behov for informasjon, veiledning, rådgivning og terapi. Sykepleier skal også vende sitt lyttende øre til når det er behov for det (Eide & eide 2007).

Ved formidling av kunnskap i det forebyggende helsearbeidet er det nødvendig å få frem tydelige sammenhenger mellom levevaner og helse. Men handlingene til enkeltmennesket styres ikke bare av kunnskap, da man har forankret preferanser og verdier til egne holdninger og oppfatninger helt fra barndommen av. Biologiske og arvelige faktorer spiller også inn, i tillegg til det kulturelle og sosiale miljø vi er en del av (Mæland 2009).

Ifølge Jacobsen m.fl. (2010) har de fleste type 2-diabetikere høyt blodtrykk og overvekt, og disse symptomene plasserer dem i en risikogruppe. Informanten forteller at de har overvektige brukere med forhøyet blodtrykk, men at de ikke har faste rutiner for å kontrollere dette hos brukerne. Kartleggingen virker å være litt tilfeldig, og faste rutiner for måling av blodtrykk og vekt burde kanskje settes inn for å følge sykdomsutvikling.



Men man skal være var for å stigmatisere grupper av samfunnet, og som informanten har erfart er det ulike grupper som utvikler sykdommen:

*Vi har brukere med overvekt og forhøyet blodtrykk som ligger i faresonen. Mange av brukerne har et stillesittende liv, noen har hjerte- og karsykdommer, og har dermed utviklet sykdommen. Men vi har jo også slanke brukere som har utviklet Diabetes...*

Sykepleieren bør ikke trekke forhastede konklusjoner. Det finnes ingen regler uten unntak, og det gjelder også for Diabetikere. Man kan være slank å utvikle Diabetes, og man kan være overvektig uten å få Diabetes. Stigmatiseringer skaper bare større avstand mellom sykepleier og bruker, og er en dårlig forutsetning i det forebyggende samarbeidet (Mæland 2009).

#### **4.4 Fra problem til løsning**

Sykdomsforebyggende arbeid blir mange ganger kritisert for å fremme negative budskap som tar fra folk gleder i hverdagen. Det er viktig å få frem konsekvensene av hvordan vår livsstil påvirker helsen, men det er minst like viktig å få frem hvilke tiltak som fremmer helsen. Et slikt utgangspunkt kan mange ganger virke mer tiltalende på brukerens tillit og vilje til å gjøre noe med sin livsstil, enn det trusler om sykdom og død har (Mæland 2009).

For å finne strategiske innfallsvinkler i det forebyggende helsearbeidet, er det nødvendig å ha en bred forståelse av hva som påvirker menneskers handlingsvalg. Negative konsekvenser av helseskadelig atferd ligger ofte langt frem i tiden, så det vil lønne seg å fokusere på de kortsiktige gevinstene ved en helsefremmende atferd. Små steg i riktig retning er viktig. Hvis man gaper over for mye på en gang kan man redusere mestringsforventningene hos brukeren, og dermed motivasjonen til å fortsette. Hvis brukeren opplever å mestre de små ting i starten, vil dette kunne motivere til videre og større tiltak etter hvert (Mæland 2009).

Informanten forteller følgende i forhold til å sette inn enkle tiltak hos brukere i risikogruppen:

*En del av brukerne er svært gamle, og noen sitter i rullestol og er veldig lite mobil. Så det er utfordrende å legge til rette for fysisk aktivitet. Noen har vi på en gåtur hver dag, men det blir ikke helt optimalt da det bare dreier seg om ti minutter til et kvarter, men det bidrar jo litt i det forebyggende arbeidet...*

Det handler med andre ord ikke om å se begrensningene, men om å se at litt faktisk er bedre enn ingenting. Hvis brukeren får 15 minutters gåtreening hver dag, så utgjør det nesten to timer med fysisk aktivitet i løpet av en uke. Dette er nødvendig å få frem for å motivere både bruker og sykepleier. Det er aldri for sent å begynne å trene, og det er heller ikke så mye som skal til for å få helsegevinst. Man må ta utgangspunkt i at aktivitetsnivået skal økes ut ifra det man vanligvis gjør. Så for en person som ligger til sengs, er det å sette seg på sengekanten trening. En motivasjon kan også være å vite at de som får den største helsegevinsten ved fysisk aktivitet, er de som er i dårligst form i utgangspunktet (Martinsen 2009).

Brukeren vil komme til å trenge mye motivasjon for å gjøre livsstilsendringer, og pårørende kan også være en viktig støttespiller. Informanten min hadde blandede erfaringer fra pårørende som ressurs i forebyggingsarbeidet:

*Pårørende kan brukes som en ressurs ved at de støtter og motiverer brukeren. Men jeg har også eksempler på at de virker mot sin hensikt. Det kan være at de kjøper ugunstige sukkerholdige varer for å være snill med brukeren, og ikke skjønner at det ikke er bra. Men pårørende har en viktig rolle som støtte og motivator, og hvis de styrer med innkjøpene så kan de sørge for at de får rett kost. Når det gjelder informasjon til brukeren, så opplever jeg at den går lettere inn når den kommer fra oss i hjemmesykepleien, enn fra pårørende. Dette har nok en sammenheng med at de tar oss mer på alvor når vi sier noe, enn hvis det kommer fra deres pårørende. Så pårørende fungerer ofte som en ressurs, men kan også være en utfordring i det forebyggende arbeidet.*

Jeg har egne erfaringer i forhold til samarbeid med pårørende i forebyggingsarbeid. Stort sett fungerer dette veldig bra, men noen ganger er sympatien deres for brukerne så stor at de ikke klarer å stå i det. Dette har jeg forståelse for, da brukeren kan ha levd et langt liv hvor sukkerholdige matvarer har hatt stor plass i det daglige kostholdet. Da kan det være vanskelig å snu helt om, og kanskje enda vanskeligere å være “strenge” pårørende. I slike situasjoner er samarbeidet med pårørende enda viktigere, da det kanskje er de som serverer brukeren hovedtyngden av måltidene i løpet av en dag.

Vi vet at mat er knyttet til nytelse og hva vi har mest lyst på, økonomi, tid, vaner og tilgjengelighet er også med å styre hva vi spiser. Så mange ganger kommer disse elementene i konflikt med forebyggingen av Diabetes og en god blodsukkerregulering. Det er nettopp disse konfliktene som gjør forebyggingsarbeidet både vanskelig og spennende på samme tid (Skafjeld og Graue 2011).

Det er få behandlingsformer som gir større innvirkning på pasientens helse i forebygging av Diabetes enn endring av livsstil. Det er krevende, og flere ganger daglig må brukeren tenke på hva og hvor mye mat som bør inntas. Det må kanskje tas hensyn til hva andre i familien liker, pris, tradisjoner og ikke minst hvordan maten smaker. Når man ser det fra en slik side kan det være at medikamenter ender med å bli en "lettvinløsning" fordi de ikke påvirker dagliglivet til brukeren i den grad som livsstilsendringer gjør (Skafjeld og Graue 2011).

I forskningsartikkelen til Engl og Med (2002) kom det frem at livsstilsforandringer utgjorde en betydeligere større forskjell enn tilførsel av medikamenter. Det krever store omstillinger og sterk vilje, men effekten vil ifølge forskningen bli bedre enn om man velger "lettvinløsninger".

Antonovsky fremhever menneskenes evne til å påvirke sin egen helse. I et slikt perspektiv blir helsen en ressurs som enten kan brytes ned, eller bygges opp. Hvis man skal bruke helse som en ressurs fordrer det også noen medfødte egenskaper, og hvilke omstendigheter individet lever i. Vi påvirkes hele livet av helsefremmende og helsesvekkende forhold i samfunnet og miljøet rundt oss. Ifølge Antonovsky har vi med andre ord et valg i hvordan vi skal møte helsesvekkende utfordringer. Ved å formidle en slik innstilling til brukeren vil han kanskje la seg påvirke til å ta sunne valg for sin egen helse (Martinsen 2009).

I Sortland m.fl. (2009) studie om eldre og ernæring kommer det frem at helsepersonell var av den oppfatning at de eldres næringsbehov var dekket. Resultatene var urovekkende, og det at bare en av seks eldre hadde et tilfredsstillende energiinntak, viser at det er behov for økt fokus på ernæring blant helsepersonell.

Mange eldre sliter med matlysten, og har problemer med å få i seg tilstrekkelig mat. Nedsatt fysisk aktivitet reduserer også energibehovet, derfor er det så viktig at den maten de spiser er næringsrik for å unngå utvikling av sykdommer. Ved flere små måltider er det større mulighet til å få dekket næringsbehovet enn ved få store måltider (Sjøen & Thoresen 2008).

Studien viste at de eldre fikk i seg tilstrekkelig mengde karbohydrater, men for mye usunt fett og for lite proteiner. I forhold til forebygging av Diabetes type 2 er det viktigste at karbohydratinnholdet holdes på et normalt nivå, da det er denne gruppen næringsstoffer som gjør størst innvirkning på blodsukkeret. Dette har sammenheng med at mat som er rik på

karbohydrater som for eksempel ris, pasta, poteter og sukkerholdige varer er lett fordøyelige, og blodsukkeret øker forttere jo raskere passasje maten har gjennom fordøyelsessystemet (Skafjeld og Graue 2011).

Studien til Sortland m.fl. (2009) avdekte også at måltidsrytmen var ugunstig for brukerne. Gjennom praksis har jeg erfart at kveldsmaten ble servert klokken 18.30, og neste måltid klokken 09.00 dagen etter. Det kunne gå mer enn 14 timer fra kveldsmat til frokost, slik at brukerne nesten var i en fastetilstand før neste måltid. anbefalt intervall mellom måltidene er 4 timer på dagtid, og ikke mer enn 12 timer fra dagens siste måltid til neste dags første måltid. I løpet av en dag bør man innta frokost, lunsj, middag, kvelds og minst ett mellommåltid. Hyppige måltider er svært gunstig for å klare å holde et stabilt blodsukker (Sjøen & Thoresen 2008).

Data viser at bare 5 % vektreduksjon bidrar betydelig i forebyggingen mot Diabetes type 2, og at virkningen av insulinet stiger når vekten går ned. Brukeren vil ha behov for informasjon om hvordan livsstilen kan påvirke blodsukkeret. Her kan man også foreta blodsukkerkontroller for å vise bruker i praksis hvor stor innvirkning enkelte matvarer har på blodsukkeret. Dette fordrer at sykepleieren har kjennskap til hvilken kunnskap bruker har om sykdommen og behandlingen av den, samt hvilke krav bruker har til sykepleier i denne sammenheng. Det er også viktig at sykepleier har kjennskap til hvor mye informasjon brukeren klarer å nyttiggjøre seg, og hvilke temaer som bør tas opp flere ganger (Skafjeld og Graue 2011).

I dag er det ikke vanskelig å få tak i informasjon. Vi har en rekke sosiale medier, aviser, internett, bøker, blad, TV og radio som kan benyttes i søken etter kunnskap. Men av erfaring vil man med jevne mellomrom møte mennesker som ikke har tilegnet seg denne kunnskapen. Dette sier informanten noe om:

*Veldig mange vet mye om det, og skjønner hva som skal til for og ikke få Diabetes. Det kan være vanskelig for eldre som er demente, og de med en lett psykisk utviklingshemming. Da er det ikke alltid at de skjønner sammenhengen. Så det har jo noe med hvor "klår" de er for at de skal kunne klare å se denne sammenhengen. Men mange vet mye om Diabetes, og skjønner godt når vi forklarer dem hva som er gunstig for dem og ikke.*

Noen ganger kan det også være fysiske begrensninger i brukerens liv som gjør det vanskelig å gjøre noe med livsstilen. Informanten hadde erfaring fra slike problemstillinger:

*Vi har noen brukere som sitter i rullestol og ligger i faresonen, og det blir en dårlig kombinasjon når de ikke kan gjøre så mye med overvekten foruten kostregulering. Da prøver vi å være observant med kost, veiledning og motivasjon.*

Her forsøker de å finne andre løsninger som kan erstatte tiltaket med fysisk aktivitet. De flytter dermed fokus fra noe som kan sees på som et problem i forebyggingen, til tiltak som faktisk lar seg gjennomføre. Sykepleier kan sammen med bruker og eventuelt pårørende sette opp en individuell plan for hvordan forebyggingen og oppfølgingen av denne skal foregå. Tiltak som settes inn for å nå målene kan være at bruker bare skal ha en kjeks for dag, og blodsukkerkontroll en gang i uka. Men fokus bør rettes mot hva man kan spise, og ikke alt man ikke bør spise. Hvis sykepleier er løsningsorientert fremfor problemfokuseret, vil dette sannsynligvis smitte over på brukers motivasjon også (Mæland 2009).

#### **4.5 Hvilken betydning får samhandlingsreformen?**

Det er anslått at bare to prosent av statsbudsjettet i Norge går til offentlig forebyggende helsearbeid. Det er med andre ord et felt som ofte taper i kampen om ressurser, selv om mange ønsker å prioritere dette (Mæland 2009).

På spørsmål om hvilken betydning den nye samhandlingsreformen vil få i hjemmetjenesten, svarte informanten min følgende:

*Jeg ser frem til reformen, og vi blir nødt å bli flinkere å se hele mennesket og ikke bare sykdommen. Med det jeg har sett gjennom denne reformen så skal det fokuseres mye mer på det forebyggende arbeidet, hvor livsstilen er et viktig aspekt. Reformen ønsker jo også å øke samhandlingen mellom de ulike profesjonene, så vi håper jo også at den vil bidra til å styrke vårt tverrfaglige samarbeid i forhold til Diabetes type 2.*

Er det virkelig slik at det må en reform til for at helse – og omsorgstjenesten skal bli flinkere å se hele mennesket? Kanskje er svaret ja, men likevel ganske urovekkende. Et av de første faguttrykkene jeg lærte under sykepleierutdanningen min var begrepet “holisme”- et flott ord, med et grunnleggende budskap. Å se hele mennesket handler om at vi som sykepleiere og annet helsepersonell ikke bare skal kunne pleie fysiske behov, men også evne å pleie psykiske, sosiale og åndelige behov hos brukeren (Brinchmann 2007).

Men hvordan fungerer dette i praksis? Ser vi hele brukeren, eller er det slik som informanten min påpeker at vi trenger en påminnelse for å bli bedre? Gjennom egne erfaringer har jeg selv vært i prioriteringssituasjoner hvor valget har falt på behandling fremfor forebygging. Det kan være at behandlende pleie er mer motiverende fordi resultatene er mer synlige, og dermed stiller forebyggingen litt i skyggen?

Jeg har vært i samtaler med sykepleiekolleger hvor vi har diskutert den nye samhandlingsreformen. Jeg opplever at den ofte får lite tiltro, og spørsmålet om mangel på ressurser for å få den opp å gå kommer ofte opp i diskusjonen. Informanten min sier følgende i forhold til iverksettelsen av reformen: *“Dette vil ikke skje over natten, og det er mye informasjon som skal ut. Det er mange fora som skal involveres og må ta fatt på dette, og deriblant sykepleierutdanningen”*.

For å finne ut hvordan vår kommune ligger an i forhold til iverksettelsen av samhandlingsreformen, tok jeg kontakt med kommunens koordinator for reformen. Han kunne fortelle at kommunene generelt er dårlig forberedt på innføringen av reformen, og at selv om det har vært en del snakk om det i flere år var det først i vår at de fikk de endelige betingelsene på bordet.

Koordinatoren forteller at det har vært økt fokus på forebygging i vår kommune gjennom flere år, men da rettet mer mot barn og unge. Han sier videre at det er ønske om å få dette til, men at det er vanskelig fordi kommunen rammes hardt økonomisk i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen.

Jeg ser at det er et stort arbeid som skal gjøres i forhold til reformen, og kommunene må gjøre en stor del av jobben selv. Samarbeidsmønstrene mellom helseforetak og hver enkelt kommune står sentralt i samhandlingsreformen. Det må være en felles forståelse både lokalt og nasjonalt når det kommer til risiko i utviklingsarbeidet, slik at det kan settes inn korrigerende tiltak hvis det er behov for det (Helse – og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Informanten hadde gjort seg noen tanker om samhandlingen i forhold til Diabetes-brukerne:

*Vi har jo ikke noe fast tverrfaglig fora for et slikt samarbeid, men ofte er det jo et samarbeid mellom sykepleier og fastlege i forhold til en som har fått Diabetes type 2. Vi har også diabetessykepleier i*

*hjemmesykepleien som kan gi faglig informasjon og opplæring og veiledning. Så til eksempel kan man si at vi har et demens-team, men vi har ikke et diabetes-team. Dette har ikke blitt etterspurt, men det er det helt sikkert behov for. Vi har etterspurt kurs, og det har vi hatt flere av opp gjennom tiden. Men et slikt tverrfaglig team hadde jo vært ideelt.*

Informanten trekker til sammenligning frem at kommunen har et eget Demens-team, men ikke et eget Diabetes-team. Det er en spennende sammenligning, og jeg ser for meg at et slikt eksisterende team kan være en modell til inspirasjon hvis det i fremtiden blir aktuelt å opprette et tverrfaglig Diabetes-team. Den nye samhandlingsreformen tar sikte på å styrke det forebyggende helsearbeidet fra 1.januar 2012, og forarbeidene er i gang både nasjonalt og lokalt. Gjennom forskning og samtale med informant og koordinator innser jeg at dette vil ta tid, og det vil kreve omstilling og ansvar for hver enkelt sykepleier for å få den iverksatt.

## 5.0 AVSLUTNING

Jeg bestemte meg tidlig for å skrive en oppgave om forebyggende helsearbeid. Når problemstillingen sto klar, hadde jeg allerede en forforståelse rundt temaet gjennom praktisk erfaring. Skriveprosessen har vært lang og krevende, men samtidig faglig og personlig utviklende.

Gjennom forskningen min ser jeg at sykepleier i hjemmetjenesten har gode muligheter til å bremse utviklingen av Diabetes type 2. Sykepleierens etikk og holdninger vil være avgjørende i relasjon til brukeren for og nå frem med nødvendig informasjon og veiledning, og brukers autonomi står sterkt i det forebyggende arbeidet. For å kunne påvirke handlingsvalgene til brukeren bør det tas små steg i riktig retning, med fokus på det positive ved en livsstilsendring.

Gjennom forskningen min har jeg erfart at det er mye kompetanse på området, men at ressursene og prioriteringene ofte ikke blir satt inn før sykdomsutvikling. Det gjennomføres en del tiltak i det forebyggende arbeidet mot Diabetes type 2, men det er behov for økt bevisstgjøring hos sykepleiere i forhold til identifisering av risikogrupper. Riktig sammensatt ernæring, måltidsrytme og individuelle næringsplaner trenger økt fokus, og iverksettelse av enkle tiltak med fysisk aktivitet er nødvendig for å oppnå bedre effekt av insulinet. Det viktigste en sykepleier gjør er kanskje å være et medmenneske som går hele veien sammen med brukeren, og hjelper ham å se hvordan veien bør gås mot sine klare mål.



## 6.0 LITTERATURLISTE

### Pensumlitteratur:

Almås, H. (2007). *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3.utgave

Brinchmann, B. S. (2007). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1.utgave, 3. opplag

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4.utgave

Eide & Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave

Fjørtoft, A.K. (2007). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 2.opplag

Jacobsen, D. m.fl. (2010). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave, 3.opplag

Martinsen, E.W. (2009). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. 1.utgave, 3.opplag

Mæland, J.G. (2009). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2.utgave, 4.opplag

Sjøen, R.J., Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3.utgave, 1.opplag

### **Selvvalgt litteratur:**

Engl, N., Med, J. (2002) *Reduction in the incidence of type 2 Diabetes with lifestyle intervention or metformin.* [Online], Tilgjengelig på

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1370926/pdf/nihms-5217.pdf>

[02.08.2011] (18 sider)

Ganz, M. (2005). *Prevention of type 2 Diabetes.* West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

1.utgave (30 sider)

Helse- og omsorgsdepartementet, (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid,* [Online], Tilgjengelig på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011/3/2.html?id=638511>

[30.08.2011] (1 side)

Helse- og omsorgsdepartementet,(2008-2009). *St.meld.nr 47. Samhandlingsreformen,* [Online], Tilgjengelig på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/8.html?id=567278>

[02.09.2011] (6 sider)

Kristoffersen, N.J. m.fl. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 4.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1.utgave (10 sider)

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave (30 sider)

Martinsen, K., Eriksson K. (2009) *Å se og å innse – om ulike former for evidens.* Oslo: Akribe AS. 1.utgave, 2.opplag (30 sider)

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.* Otta: AIT Enger AS. 2.utgave (90 sider)

Satir, V. (1997). *Om å skape kontakt*. Oslo: Dreyer Forlag AS. 8.opplag (1 side)

Skafjeld, A., Graue, M. (2011). *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS. 1.opplag (90 sider)

Sortland, K. m.fl. (2009). *Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie*, [Online], Tilgjengelig på [http://brage.bibsys.no/hiak/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_10868/1/vaardinorden\\_4\\_2009\\_sortland.pdf](http://brage.bibsys.no/hiak/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_10868/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf) [05.09.2011] (5 sider)

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 311

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

Profesjonshøgskolen  
Sykepleie og helsefag

17/08-2011

J.nr.:

**TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA**

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I  
FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.**

Stiles til:

Hjemmetjenesten,  
Avdeling / institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

leder hjemmetjenesten

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: \_\_\_\_\_

Bachelor i sykepleie: Kull: OSV Studiested: VIN, avd. Vestreken

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_ Kull: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: "Hvordan kan sykepleier i hjemmehelsestjenesten forebygge den økende forekomsten av Diabetes type 2?"

Formål: Jeg ønsker et kunnskap om annet, da det er et økende samfunnsproblem si vel som et helseproblem.

Metode v/ datainnsamlingen: Dybdintervju

Respondenter / intervjupersoner: 1 Sykepleier

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Båndopptaker, nettbrett

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: 24 aug. 2011

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 17/8-11

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: \_\_\_\_\_

Høgskole: Universitetet i Nordland

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. / poststed: \_\_\_\_\_

**SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.**

Søknad av dato 17/8-11 er behandlet dato 17/8-11 av saksbehandler / organ:

Vedtak: godkjennes

Evt. merknader knyttet til vedtaket: \_\_\_\_\_

Underskrift

Arvid Inge Pedersen

Underskrift

## **Vedlegg 2**

### **Brev til leder.**

Jeg er student ved Universitetet i Nordland - Vesterålen. Jeg går mitt siste år på Bachelor i sykepleie, og har i den forbindelse startet arbeidet med Bacheloroppgaven. Temaet for oppgaven er forebygging av Diabetes type 2.

Jeg ønsker med dette å få et dybdeintervju med en sykepleier hos Dere. Alle opplysninger vil bli anonymisert, og kan ikke føres tilbake til Dere. Jeg vil benytte båndopptaker som hjelpemiddel under intervju. Opptaket vil bli slettet i etterkant, og skriftlige notater makulert.

Håper på snarlig tilbakemelding.

På forhånd takk.

Mvh.

### **Vedlegg 3**

#### Intervjuguide

1. Når var du ferdig med sykepleierutdanningen?
2. Hvor lenge har du jobbet som sykepleier i hjemmetjenesten?
3. Hvilken erfaring har du om forebygging av Diabetes type 2? Utdyp.
4. Hvilke muligheter har sykepleier i hjemmetjenesten til å forebygge diabetes type 2 hos brukerne? Gi eksempler.
5. Hva ser dere etter hos brukere som kan være i risikogruppen?
6. Hvilke arbeidsmetoder bruker du i forhold til forebygging av Diabetes type 2? Gi eksempler.
7. Hvilke sammenhenger ser du i forhold til overvekt og forhøyet BT og utvikling av sykdommen? Gi eksempler.
8. Hvilken kunnskap opplever du at brukerne sitter med i forhold til sammenheng mellom livsstil og utvikling av sykdommen? Gi eksempler.
9. Hva kan brukerne selv gjøre i forhold til forebygging av Diabetes type 2?
10. Hvilken rolle spiller pårørende i forhold til forebyggingen?
11. Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet for brukere som ligger i faresonen for å få Diabetes type 2? (sykepleier, diabetessykepleier, fastlege, ernæringsfysiolog)
12. Hvilken betydning tror du den nye samhandlingsreformen vil få i forhold til denne problemstillingen?