



Utfordringer ved veiledning til eldre hjemmeboende diabetespasienter

Kandidatnummer: 370
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8659
Dato: 04.05.20



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 04.05.20
Tittel Utfordringer ved veiledning til eldre hjemmeboende diabetespasienter	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvilke utfordringer kan sykepleier møte ved veiledning i blodsuktermåling til eldre hjemmeboende pasienter?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven inneholder teori om diabetes type 2, hjemmesykepleie, sykepleierens veiledende funksjon, veiledning og den didaktiske relasjonsmodellen, samt lovverk og etikk.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er utformet som en litterær oppgave, hvor relevant fag- og forskningslitteratur er benyttet for å belyse problemstillingen og videre bidra til drøfting. Oppgaven er basert på egenvalgt pensumlitteratur hentet fra LDHs skolebibliotek. Fem forskningsartikler ble valgt ut etter søk i databasene Cinahl og Pubmed. Søkestrategi og funn presenteres i artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting:</u> Den didaktiske relasjonsmodellen er brukt som rammeverk for drøfting og belyser ulike ledd i veiledningsprosessen. Utvalgt fag- og forskningslitteratur, lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir trukket inn for å belyse ulike sider av problemstillingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleier kan møte på utfordringer i alle ledd av veiledningsprosessen. Forskning viser at fysiske, mentale og psykososiale faktorer hos pasientgruppen kan utfordre deres veiledbarhet. Hjemmesykepleiens organisatoriske rammer kan begrense sykepleiers mulighet til å individualisere og tilpasse veiledningen til pasientens behov og ønsker. Tidspress og lav personkontinuitet utfordrer relasjonen mellom sykepleier og pasient, og gjør det vanskelig for sykepleier å fremme og tilrettelegge for brukermedvirkning. Sykepleiernes manglende tilgang til diabetesrelatert kunnskap og kompetanse kan utfordre deres evne til å veilede.</p>	

(Totalt antall ord:212)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Målgruppe og kontekst	3
1.4	Avgrensning og presisering av problemstilling	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Diabetes mellitus type 2	4
2.1.1	Behandling	5
2.1.2	Fremgangsmåte ved måling av blodsukkeret	5
2.2	Hjemmesykepleie	6
2.2.1	Pasientgruppen	6
2.2.2	Sykepleier i hjemmesykepleien	6
2.3	Sykepleierens veiledende funksjon	7
2.4	Veiledning og undervisning	8
2.4.1	Den didaktiske relasjonsmodellen	8
2.5	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	10
2.5.1	Sykepleiers plikter	11
2.5.2	Pasientens rettigheter	11
2.5.3	Yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiers moralske plikter	12
3	Metode	14
3.1	Valg av metode	14
3.2	Litteratursøk og søkerhistorikk	14
3.2.1	Tabell 1: Viser søkestrategi på anvendt forskning	15
3.3	Kildekritikk	16
3.4	Etiske vurderinger	17
4	Presentasjon av forskningsartikler	18
4.1	Tabell 2: Artikkelmatrise	19
5	Drøfting	20
5.1	Læreforutsetninger	20
5.1.1	Mangel på dokumentasjon og oppdaterte tiltaksplaner	20
5.2	Rammefaktorer	21
5.2.1	Fysiske utfordringer	21
5.2.2	Kognitive utfordringer	22
5.2.3	Psykososiale utfordringer	23
5.2.4	Organisatoriske utfordringer	24
5.3	Mål	24
5.3.1	Tidsbrist utfordrer brukermedvirkning	25
5.3.2	Manglende samarbeid på arbeidsplassen	26
5.4	Innhold	26
5.4.1	Mangel på kunnskap og kompetanse	26
5.4.2	Mangel på tverrfaglig samarbeid	28
5.5	Vurdering	28
5.5.1	Manglende personkontinuitet	28
5.5.2	Manglende informasjonskontinuitet	29
6	Avslutning	30
	Referanseliste	31

1 Innledning

I denne oppgaven skal jeg ta for meg sykepleiers veiledende funksjon, i møte med eldre hjemmeboende pasienter med diabetes type 2. Diabetes type 2 er en vanlig, dødelig og kostbar sykdom hos eldre (Davies, 2018). Økende levealder og stigende andel overvektige i befolkningen, øker forekomsten av sykdommen i Norge og på verdensbasis. Det er estimert at rundt 20 prosent av pasientene som mottar hjemmesykepleie i Norge har diabetes (Davies, 2018).

Hjemmesykepleiens hovedmål er å gi tjenester som opprettholder livskvaliteten og funksjonsevnen til sine brukere (Birkeland & Flovik, 2018). Helsefremming og forebygging i primæromsorgen er en viktig satsning for en fremtidig bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, slik det kommer fram i regjeringens satsinger i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Målet er at flest mulig skal klare seg i sitt eget hjem så lenge som mulig. Dette har ført til økt fokus på veiledning og undervisning for å fremme læring og egenmestring. (Kristoffersen, 2016). Sykepleierens funksjon knyttet til å undervise og veilede er derfor sentralt ved sykepleie i hjemmet.

Økt mestring og bedre egenbehandling er noen av de overordnede målene i Nasjonal diabetesplan 2017-2021 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2021, s. 1). Egenomsorg er utførelsen av handlinger som gjør pasienten i stand til å opprettholde liv, helse og velvære (Mosand & Stubberud, 2016). For insulinavhengige diabetespasienter er regelmessig måling av blodsukkeret en form for egenomsorg. Egenomsorg krever at pasienten har evne og vilje til å ivareta egne behov (Birkeland & Flovik, 2018; Iversen, 2014). I møte med pasienter med diabetes type 2, er sykepleiers hovedfokus å bidra til at pasienten selv kan ta ansvar for behandlingen i den grad det er forsvarlig. Målet er at pasienten opplever livskvalitet med sykdommen (Mosand & Stubberud, 2016). Personer som lærer egenkontroll og følger gitt behandlingsregime, opplever mindre komplikasjoner, samt lavere nivå av angst og depresjon (Iversen, 2014; Mosand & Stubberud, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes type 2 er en livslang sykdom som kan påvirke livet fysisk, psykisk og sosialt (Iversen, 2014). Hoveddelen av diabetesbehandlingen utføres normalt av pasienten selv. Det

forutsetter at pasienten har nødvendige kunnskaper og ferdigheter relatert til sykdommen (Mosand & Stubberud, 2016). Alle som får diagnosen har rett til opplæring (Norsk helseinformatikk [NHI], 2020). Opplæring av pasienter med diabetes type 2 er tidkrevende, og de færreste legekantor har et godt opplæringstilbud. Det tilbys imidlertid læring-og mestringskurs på norske sykehus. Ved diagnostisering skal fastlege informere pasienten om aktuelle kurs og tilby henvisning (NHI, 2020).

Diabetes type 2 er en progredierende sykdom som krever kontinuerlig veiledning og re-opplæring (Iversen, 2014). Jeg har selv erfart at en del eldre som mottar hjemmesykepleie mangler de nødvendige kunnskapene og ferdighetene som kreves for å klare å ta hånd om omsorgsbehovene på egenhånd. Noen eldre ytrer at de ikke ønsker å delta på kurs. Andre deltok på kurs da diagnosen først ble stilt, men opplever at omsorgsbehovene har endret seg over tid.

Jeg har selv deltatt i et prosjekt i hjemmesykepleien, hvor målet var å veilede insulinavhengige diabetespasienter til selv å mestre egenkontroll av blodsukkeret. Videre skulle pasientene ringe hjemmesykepleien dersom blodsukkeret var avvikende, eller de trengte hjelp til å sette insulin. Prosjektet viste seg vanskelig å gjennomføre. Jeg ønsker med denne oppgaven å se nærmere på hva som kan være årsaken.

Formålet med å skrive denne oppgaven er å identifisere mulige barrierer for vellykket veiledning av eldre pasienter i hjemmet. Jeg anser denne kartleggingen som nyttig, da den kan gi kunnskap om problemstillinger jeg videre må være oppmerksom på ved veiledning i hjemmet. Målet er i tillegg å øke mine egne kunnskaper knyttet til diabetes type 2, da dette er en pasientgruppe jeg vil møte mye gjennom min yrkeskarriere.

1.2 Problemstilling

Hvilke utfordringer kan sykepleier møte ved veiledning i blodsuktermåling til eldre hjemmeboende pasienter?

1.3 Målgruppe og kontekst

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle samtykkekompetente kvinner og menn over 65 år med diabetes type 2. Jeg har erfart at aldersdefinisjonen på den «eldre pasienten» varierer noe i fag og forskningslitteratur. Jeg har valgt å gå etter Folkehelseinstituttets definisjon, og regner den eldre pasienten for å være 65 år og eldre (Folkehelseinstituttet, 2018). I søket etter fag- og forskningsartikler var dette en aldersdefinisjon som gikk igjen. Jeg har valgt konteksten til å være hjemmesykepleien, da dette er en arena man ofte møter pasientgruppen. Jeg har erfart at organiseringen av arbeid i hjemmesykepleien kan skape utfordringer for veiledning i hjemmet.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Fokuset vil være på utfordringer knyttet til veiledning i den fysiske utførelsen av blodsuktermåling, hvor hensikten med veiledningen er opplæring i rutinemessig måling.

Grunnet oppgavens omfang er flere sentrale aspekter ved sykepleierens veiledende funksjon til eldre diabetespasienter ekskluderes. Dette gjelder blant annet veiledning og undervisning til pårørende. Grunnet økt innvandring, har man de siste årene sett en økning i antall tilfeller av diabetes type 2 hos ikke-vestlige minoritetsgrupper. Dette gjelder spesielt hos grupper som har et kosthold bestående av mer sukker- og fettinnhold enn det tradisjonelle norske kostholdet (Iversen, 2014). Det vil ikke være rettet fokus mot problemstillinger knyttet til dette, som for eksempel språk og kultur.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet presenteres teori knyttet til diabetes type 2, hvordan sykdommen utarter seg hos den eldre pasienten, samt behandling. Jeg vil kort forklare prosedyren som utgjør måling av blodsukkeret, da jeg anser dette som vesentlig for å forstå hvilke fysiske og kognitive evner som kreves for å utføre prosedyren. Videre vil jeg presentere teori knyttet til hjemmesykepleien, sykepleierens veiledende funksjon, samt veiledning og veiledningsverktøyet den didaktiske relasjonsmodellen. Til slutt presenteres etiske og juridiske prinsipper.

2.1 Diabetes mellitus type 2

Type 2-diabetes er en kronisk livsstilssykdom som kjennetegnes av insulinresistens og, senere i sykdomsforløpet, utilstrekkelig insulinproduksjon (Jenssen, 2016). Insulinresistens utvikles som et resultat av livsstilsfaktorer som overvekt og fysisk inaktivitet, og har i tillegg til en betydelig arvelig komponent (Jenssen, 2016). Insulinresistens innebærer at insulinets effekt på muskel-, lever-, og fettceller reduseres, og mer insulin enn normalt er nødvendig for at glukose opptas av cellene. Utover insulinets reduserte effekt, utøver glukagon og frie fettsyrer også en viktig del i utviklingen av diabetes. Hos personer med insulinresistens ses en økt sekresjon av glukagon, som stimulerer leveren til frigivelse av glukose ut i blodstrømmen, således at blodglukosen ytterligere økes. Fettvevet deltar også ved blant annet frigivelse av frie fettsyrer som øker muskelcellenes insulinresistens og leverens glukoseproduksjon og hemmer insulinsekresjon. Etter hvert som sykdommen progredierer, vil det også forekomme en destruksjon av de insulinproduserende celler i pankreas. Pasienten utvikler type 2- diabetes når pankreas ikke tilstrekkelig klarer å øke insulinproduksjonen for å møte det økende behovet (Jenssen, 2016).

Risikoen for å utvikle diabetes type 2 øker med alderen, og er vanligst hos personer over 40 år. Insulinresistens og utilstrekkelig insulinproduksjon utvikles normalt sett over 10-12 år før diagnosen stilles (Jenssen, 2016). Det betyr at mange pasienter går med et langvarig høyt blodglukosenivå før de mottar behandling. Dette gjelder særlig eldre pasienter, da disse generelt har færre og mer diffuse symptomer enn yngre pasienter (Iversen, 2014). Ettersom det ofte går mange år fra sykdommen debuterer til den blir oppdaget, vil rundt halvparten av alle pasienter på diagnosetidspunktet ha utviklet senkomplikasjoner som hjerte- og karsykdommer, nyreskader, nerveskader og øyeskader (Jenssen, 2016).

2.1.1 Behandling

Hos eldre pasienter er det overordnede målet med diabetesbehandlingen å opprettholde god livskvalitet ved å unngå symptomatisk hyperglykemi (Jenssen, 2016). Almennelige symptomer er tretthet, slapphet, tørste, økt vannlating, kløe i underlivet, hyppige infeksjoner og dårlig sårtilheling, samt psykisk nedstemthet (NHI, 2017).

Behandlingen av diabetes type 2 dreier seg om å endre levevanene for å holde blodglukose, blodtrykk og blodlipider under kontroll (Jenssen, 2016). De første månedene eller årene kan tilpasset kosthold og økt fysisk aktivitet alene være tilstrekkelig for tilfredsstillende regulering av blodsukkeret. Ved langkommet diabetes type 2 vil legemiddelbehandling være nødvendig. Det finnes en rekke perorale antidiabetiske legemidler, som blant annet påvirker appetitt, insulinfølsomhet, insulin- og glukagonsekresjon og reabsorpsjon av glukose fra nyrene. Preparatene kan brukes alene eller kombineres etter behov (Jenssen, 2016). Etter ti år vil 20 prosent ha behov for insulinbehandling i form av injeksjoner for å opprettholde behandlingsmålene (Jenssen, 2016).

Monitorering av blodglukosen er anbefalt som et hovedelement i behandlingen av diabetes (Mosand & Stubberud, 2016). Ved insulinavhengig diabetes type 2 vil behovet for måling avhenge av hvor høyt eller ustabil blodsukkeret er. Vanligvis anbefales det å måle blodsukkeret fastende en gang i uken, og en måling to timer etter måltid (NHI, 2020). For insulinavhengige diabetikere kan informasjonen fra egenkontrollert blodsukker brukes for å tilpasse livsstilen med riktig ernæring og fysisk aktivitet, samt riktig insulindose for å optimalisere glykemisk kontroll (Mosand & Stubberud, 2016). For eldre med høy komorbiditet og kognitiv dysfunksjon må behandlingsmålet for fastende blodsukker individualiseres. Dette skjer i samråd med lege (NHI, 2020).

2.1.2 Fremgangsmåte ved måling av blodsukkeret

Ved egenkontroll av blodsukkeret gjøres analysen på kapillært blod tatt fra pasientens finger. Apparatene kan variere noe i utforming og design, men fungerer i prinsipp på samme måte. Utstyret består av en stikkpenn med selvutløsende kanyle, engangs teststrimmel, samt et apparat som automatisk omregner fullblodsverdier til plasmaverdier. Individuelle teststrimlene skal oppbevares i emballasje med lokk og lufttemperatur som produsenten forskriver. Før prøven tas må en forsikre seg om at teststrimlene ikke har gått ut på dato.

Stikkpennen inneholder en lansett som byttes etter bruk. Apparatet fungerer best ved romtemperatur, da kald og varm temperatur og luftfuktighet kan påvirke analysekvaliteten (Mosand & Stubberud, 2016).

Prøven bør tas fra en ren, tørr og varm hånd. Dette for å unngå forurenset prøve og smertefullt stikk. Hånden bør vendes nedover for å øke blodtilførsel til fingeren. For å unngå nedsatt følsomhet bør stikkstedet variere fra gang til gang, og stikk i pekefinger og tommel bør unngås. Kvaliteten på prøven kan forstyrres ved klemming av fingeren, da dette gir økt risiko for at vevsvæske kommer ut sammen med blodet. Den første bloddråpen tørkes bort, og teststrimmelen fylles med blod. Apparatet vil avgi et lydsignal som bekrefter at det har fått tilstrekkelig blod til analyse. Glukoseverdien leses av og noteres. (Mosand & Stubberud, 2016).

2.2 Hjemmesykepleie

2.2.1 Pasientgruppen

Pasientene i hjemmesykepleien består hovedsakelig av eldre mennesker, med en eller flere sykdommer og tilhørende funksjonssvikt (Birkeland & Flovik, 2018). Pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har i gjennomsnitt fire til fem kroniske sykdommer (Birkeland & Flovik, 2018). Som følge av sykdom og skade, vil mange pasienter ha funksjonsnedsettelse som fører til et behov for hjelp til å klare seg i egen bolig. Kroniske sykdommer har ingen kortsiktig eller helbredende behandling, og sykepleie i hjemmet baseres ofte på langtidspleie (Birkeland & Flovik, 2018).

Alle som mottar hjemmesykepleie har fått vedtak som tilsier hvilken og hvor mye helsehjelp de er tildelt. Vedtak er basert på en helhetlig vurdering av pasientens helse- og livssituasjon. Pasientens vedtak er ikke bindende, men veiledende. Det vil si at helsepersonell kan gå bort ifra vedtaket dersom de anser det som faglig forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018).

2.2.2 Sykepleier i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie omfatter all sykepleie som utføres i pasientens hjem (Birkeland & Flovik, 2018). Dette fører til stor variasjon i fysiske, materielle og sosiale arbeidsomgivelser. Sykepleien må tilpasses den enkelte pasients praktiske og sosiale situasjon i hjemmet. Hvilke pasienter sykepleier besøker i løpet av arbeidsdagen varierer etter behov og tilgjengelige ressurser (Birkeland & Flovik, 2018; Fermann og Næss 2014).

Hjemmesykepleiens hovedfunksjon er å ivareta pasientens grunnleggende behov. Sykepleier må derfor ha kunnskap om hvilke konsekvenser ulike sykdommer, funksjonssvikt og behandling kan ha for den eldre evne til egenomsorg (Nordtvedt & Grønseth, 2017). Sykepleier må ha kunnskap om hvilke behov for hjelp den enkelte pasienten har, hva som står i vedtaket til den enkelte, og hvordan hjelpen skal utføres (Birkeland & Flovik, 2018). Sykepleier må kontinuerlig og systematisk observere, identifisere og evaluere pasientens situasjon og behov. Dette for å unngå at pasienten mottar mer eller mindre hjelp enn nødvendig. En oppdatert tiltaksplan gir godt grunnlag for vurdering. Endringer i pasientens behov for helsehjelp formidles til den ansattes nærmeste leder som kan endre vedtaket (Birkeland & Flovik, 2018).

Den praktiske utøvelsen av sykepleie i hjemmet består hovedsakelig av observasjon, behandling og forebygging. I tillegg står omsorg, med fokus på trivsel og velvære sentralt. Pasient og pårørende er sentrale aktører i utførelsen, og deres opplevelser, ønsker og behov skal tas i betraktning i hvordan hjelpen skal utføres (Birkeland & Flovik, 2018). Det har de siste årene blitt mer fokus på sykepleie som kan bidra til deltakelse, økt målsetting og selvstendighet. Tiltak som kan bidra til at pasienten oppnår mest mulig selvstendighet og uavhengighet etter sykdom eller skade er derfor sentralt (Birkeland & Flovik, 2018).

Kontinuitet, kvalitet og informasjon i hjemmesykepleien sikres hovedsakelig gjennom dokumentasjon (Birkeland & Flovik, 2018). Gjennom en personlig digital assistent (PDA), får ansatte tilgang til informasjon og dokumentasjon ute i pasientens eget hjem. PDA er et håndholdt elektronisk verktøy som gir den ansatte tilgang til egen og andres arbeidsliste. Gjennom PDA kan sykepleier hente opplysninger fra pasientenes brukerkort, journaler og tiltaksplaner (Birkeland & Flovik, 2018).

2.3 Sykepleierens veiledende funksjon

Sykepleier har gjennom sin yrkesrolle et faglig ansvar innenfor flere ulike funksjonsområder. Dette innebærer blant annet helsefremming og forebygging, pleie og omsorg, behandling, undervisning og veiledning (Nordtvedt & Grønseth, 2017).

I denne oppgaven har jeg valgt å vektlegge sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. Sykepleier har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter (Nordtvedt & Grønseth, 2017). Veiledning og undervisning kan bidra til å forebygge sykdom, fremme trygghet, og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av kronisk sykdom og behandling (Nordtvedt & Grønseth, 2017).

God egenomsorg forutsetter at personen er i stand til å forstå sin helsetilstand, og ta hensiktsmessige beslutninger deretter (Iversen, 2014). I møte med diabetespasienter er det en sentral sykepleieoppgave å utføre opplæring og veiledning som setter pasienten i stand til å mestre utfordringer med å leve med sykdommen (Iversen, 2014). Sykepleiers funksjon vil være å helt eller delvis kompensere eller støtte pasientens egenomsorg i diabetesbehandlingen. I hvilken grad dette foregår avhenger av pasientens ressurser og sykdomstilstand (Mosand & Stubberud, 2016). Målet er å øke pasientens evne til å ivareta egen helse (Iversen, 2014).

2.4 Veiledning og undervisning

Tveiten (2016) beskriver veiledning som en prosess, som omfatter informasjon, undervisning, instruksjon og råd. Dette er en vid definisjon som inkluderer flere pedagogiske metoder (Tveiten, 2016). Det er denne definisjonen jeg har valgt å gå ut fra i denne oppgaven, da jeg opplever at den gir et helhetlig bilde av veiledningsprosessen. Veiledning og undervisning vil videre bli omtalt under ett.

Tveiten (2016) beskriver veiledning som en prosess der kunnskap overføres fra veileder til bruker. Videre er det brukerens ansvar å benytte informasjonen eller tillærte ferdigheter. Veilederen skal gjøre brukeren klar til å veiledes, slik at han eller hun har et optimalt grunnlag å basere sine valg på. Dette kan gjøres ved å gi brukeren informasjon som bidrar til refleksjon, som igjen kan øke brukerens selvbevissthet og egenmestring. Dersom brukeren opplever informasjonen som nyttig og av betydning, kan den oppleves som mer meningsfull. Hvilken informasjon veileder gir videre, og hvordan denne formidles er derfor av betydning (Tveiten, 2016).

2.4.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

Jeg vil belyse sykepleierens veiledende funksjon ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen. Didaktikk er rettet mot undervisningens innhold, og har til hensikt å hjelpe læreren å ta begrunnede valg i sin undervisning. Fokuset i didaktikken er rettet mot hvordan

undervisningen skal legges til rette for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg informasjon og kunnskap (Store norske leksikon, 2020). Modellen bygger på samhandling, og tar i betraktning pasientens delaktighet og medvirkning i læringsprosessen (Tveiten, 2016).

Den didaktiske relasjonsmodellen bygger på aktuelle elementer i en lærings situasjon. Elementene påvirker hverandre, og er gjensidig avhengig av hverandre. Pasienten kan motta informasjon skriftlig eller muntlig, alene eller i gruppe. Valget av metode gjøres vanligvis på bakgrunn av pasientens læringsforutsetninger, samt undervisningens hensikt og innholdet (Tveiten, 2016). Ut ifra problemstillingens hensikt, vil veiledningen foregå i pasientens eget hjem. Videre beskrives de ulike elementene i modellen ut fra et sykepleier-pasient-perspektiv.

Læreforutsetninger

Pasientens læringsforutsetninger er basert på vedkommendes kunnskapsgrunnlag og forståelse av egen sykdom. Pasientens læringsforutsetninger legger føringer for valg av innhold, metode, samt hvor og når undervisningen skal foregå. Pasientens holdninger, følelser og ferdigheter påvirker forutsetninger for læring, og bør derfor tas i betraktning. Det er viktig at sykepleier møter pasienten der han eller hun er, både med tanke på kunnskap, forutsetninger for å ta til seg kunnskap og motivasjon. (Tveiten, 2016).

Rammefaktorer

Rammefaktorer handler om forhold rund pasienten. Psykiske, fysiske og praktiske forhold kan positivt eller negativt påvirke pasienten og lærings situasjonen. Smerter og angst er eksempler på psykiske tilstander som kan påvirke pasientens oppmerksomhet. Fysiske forhold kan handle om alt fra lysforhold og luftkvaliteten i rommet, til at pasienten sitter ubehagelig, er sulten eller tørst. God eller dårlig tid, er praktiske forhold som kan påvirke situasjonen og pasientens oppmerksomhet. Dersom pasienten opplever å ha innflytelse på tidspunkt for undervisning, kan dette gjøre at han eller hun i større grad opplever innflytelse over egen situasjon (Tveiten, 2016).

Mål

Det overordnede målet med undervisning og opplæring er at pasienten skal tilegne seg kunnskap som kan bidra til økt kompetanse. God kompetanse rundt egen sykdom, kan bidra til at pasienten opplever mestring med sykdommen. Ved å utarbeide konkrete og tidfestede mål, vil hensikten med undervisningen bli synliggjort. Den som veiledes må aktivt delta i

veiledningsprosessen. Når sykepleier og pasient sammen utarbeider målene, legges det til rette for at pasienten kan medvirke i veiledningen. For sykepleier vil tydelige mål gi retningslinjer for hva undervisningen skal inneholde, og videre gi et grunnlag for å vurdere resultatet av undervisningen. Klare og realistiske mål kan bidra til at pasienten tar valg og vurderinger rettet mot målet, noe som kan bidra til å styrke mestringsfølelsen og opprettholde motivasjonen (Tveiten, 2016).

Innhold

Innholdet i undervisningen baserer seg på hensikten bak læringssituasjonen, samt pasientens egne behov og forutsetninger for informasjon og læring. I en undervisnings- eller opplæringssituasjon vil innholdet endres og tilpasses i forhold til pasientens behov og kompetanse. Sykepleier har hovedansvaret for å utforme innholdet i undervisningen, men pasienten kan bidra med egne erfaringer og ønsker. Pasientens opplevelse av medvirkning kan bidra til å fremme læring og mestring. Når pasienten skal lære en ferdighet eller prosedyre kan det være aktuelt å fokusere på hva som skal læres, selve utførelsen, når prosedyren skal utføres, samt eventuelle hensyn pasienten må ta i forhold til utførelsen av prosedyren (Tveiten, 2016).

Vurdering

Etter endt undervisning vurderes det hvorvidt hensikten med er nådd. Dette kan gjøres ved dialog, der sykepleier har en samtale med pasienten. Vurdering kan også gjøres på bakgrunn av observasjon, ved at sykepleier observerer pasienten under utførelse av lært prosedyre. Vurderingen legger føring for pasientens videre behov for undervisning og veiledning (Tveiten, 2016).

2.5 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiers funksjon og ansvar i hjemmesykepleien styres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer. På bakgrunn av oppgavens problemstilling og kontekst har jeg valgt å trekke inn helsepersonelloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, pasient- og brukerrettighetsloven, og yrkesetiske retningslinjer.

2.5.1 Sykepleiers plikter

Sykepleier har ansvar for å innfri lover og forskrifter i møte med pasienter, og skal ha kunnskap om retningslinjer som er styrende for deres virksomhet (Molven, 2016).

Helsepersonelloven er sykepleierens profesjonslov, og regulerer sykepleieutøvelsen. Gjennom loven har sykepleier et selvstendig ansvar for sykepleierfunksjonen i helsetjenesten (Molven, 2016, s.17).

Sykepleierens utøvelse av helsehjelp, skal i henhold til helsepersonelloven (1999, § 4) være faglig forsvarlig, omsorgsfull, og i tråd med sykepleierens kvalifikasjoner. Helsehjelp defineres gjennom helsepersonelloven (1999, § 3) som enhver handling utført av helsepersonell med formål om rehabilitering, forebygging, behandling, diagnostikk, helsebevaring, pleie og omsorg. Sykepleier har plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav som kan forventes ut fra sykepleierens faglige kompetanse, arbeidets karakter, og situasjonen forøvrig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Ved behov for helsehjelp som krever yrkesutøvelse ut over egen kompetanse, er sykepleier pliktet å søke assistanse og hjelp. Sykepleier har etter helsepersonelloven (1999, § 10) plikt til å informere pasienten om helsehjelp som blir- eller skal utføres, samt bakgrunnen for utførelsen, jamfør pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2, 3-4).

Sykepleier har dokumentasjonsplikt, og er etter helsepersonelloven (1999, § 39) pliktet å føre journal. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger knyttet til pasienten og helsehjelpen (helsepersonelloven, 1999, § 40). I helsepersonelloven (1999, § 40) heter det at journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

2.5.2 Pasientens rettigheter

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1) har enhver som oppholder seg i kommunen rett til å motta nødvendig helse- og omsorgstjenester. Formålet med loven er særlig å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Loven skal blant annet sikre nødvendig opplæring av pasienter og pårørende, samt sikre at tjenesten er tilpasset den enkeltes behov. Helse og omsorgstjenester skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom gjennom opplysning, veiledning og råd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) inneholder rettigheter pasienten har overfor helse- og omsorgstjenesten. I henhold til loven er pasienten en samarbeidspartner, og har rett til å medvirke i valg som fysisk eller psykisk angår pasienten selv (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Ved utformingen av pasientens tjenestetilbud, skal pasientens ønsker og behov så langt det er mulig vektlegges. Medvirkningsretten forutsetter at pasienten får tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen som mottas (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Så langt pasienten er samtykkekompetent, har pasienten rett til å bestemme hvilken helsehjelp vedkommende ønsker å motta (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1).

Pasienten har rett til informasjon som har betydning for egen helsetilstand, slik det kommer frem i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2). Loven gir pasienten rett på informasjon om risiko og bivirkninger knyttet til egen helse og sykdom. Dersom pasienten ikke ønsker informasjon skal dette etterfølges. Unntaket er informasjon som er nødvendig for å forebygge skade av helsehjelpen som utøves. Informasjonen skal tilpasses pasientens forutsetninger, og sykepleier skal så langt det lar seg gjøre forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5)

2.5.3 Yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiers moralske plikter

Sykepleierens moralske plikter kommer frem gjennom yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I retningslinjene heter det at all sykepleie skal verne respekten for det enkelte menneskets liv og iboene verdighet (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Sykepleie skal baseres på verdier som barmhjertighet, omsorg, og respekten for kunnskap. Retningslinjene er utarbeidet etter de grunnleggende menneskerettighetene, som søker å sikre levevilkår, likhet og ikke-diskriminering (Molven, 2016, s. 57). Yrkesetikken formål er å virke som en inspirator og rettesnor til forbedring av egen praksis (Molven, 2016). I lys av mitt tema og problemstilling finner jeg de følgende punkter i retningslinjene spesielt aktuelle:

Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleier skal holde seg faglig oppdatert, og har et personlig ansvar for at egen yrkesutøvelse er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleier skal kjenne grensen for egen kompetanse, og har plikt til å søke assistanse ved behov (NSF, 2019).

Sykepleier skal gjennom sin praksis bidra til å fremme helse og forebygge sykdom.
Sykepleier har ansvar for å gi pasienten tilstrekkelig informasjon som vedkommende forstår.
Slik informasjon skal bidra til at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser om eget liv og helse (NSF, 2019).

3 Metode

Kapittelet inneholder beskrivelse av oppgavens metode, søkeprosess, søkehistorikk i tabell, kildekritikk, samt presentasjon av utvalgte forskningsartikler i løpende tekst og artikkelmatrise.

3.1 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven er utformet som en litterær oppgave, og er med det basert på aktuell fag- og forskningslitteratur. I en litterær oppgave benyttes systematisert kunnskap fra skriftlige kilder som verktøy for å belyse temaet og besvare problemstillingen (Dalland, 2017). Fag- og forskningslitteratur er systematisk valgt ut med hensikt å svare på problemstillingen og bidra til drøfting. Oppgaven er utformet etter retningslinjer utgitt av Lovisenberg Diakonale Høgskole.

Jeg har i denne oppgaven anvendt fire forskningsartikler basert på både kvantitativ og kvalitativ design. Forskningsmetodene har forskjellige fremgangsmåter og formål med å innhente kunnskap. Kvantitativ metode går systematisk til verk for å innhente informasjon som kan forklare det som er felles for en gruppe, det generelle. Metoden består av undersøkelser som går i bredden, og er egnet til å innhente informasjon fra en større populasjon. Kvalitativ metode er mer ustrukturert enn den kvalitative, og tillater med dette å gi et mer helhetlig bilde. Kvalitative metode benyttes for å innhente informasjon som går i dybden (Dalland, 2017).

3.2 Litteratursøk og søkerhistorikk

For å finne relevant fag- og forskningslitteratur utførte jeg artikkelsøk i ulike databaser. Artiklene jeg valgte ut ble funnet på databasene Cinahl og Pubmed. Terminologibasen MeSH ble brukt for å finne gode søkeord. Blant ordene som ble benyttet i søket var søkeordene; *Diabetes mellitus type 2, older adult, home care, home based services, Norway, patient education, self-care, continuity of patient care og challenges*. Søkeordene ble kombinert med «or» og «and». Jeg avgrenset søket til artikler publisert innen de siste ti årene, da jeg ønsket forskning av nyere dato. Ønsket alder ble satt til 65 år og oppover. Språket skulle være enten engelsk eller norsk. Jeg leste en rekke sammendrag, og valgte til slutt ut fem passende artikler.

Fag- og forskningsartikler brukt i denne oppgaven er utvalgt etter strukturert analyse. Formålet med søkeprosessen var å finne artikler som belyste problemstillingen min fra et sykepleierfaglig perspektiv. Samtidig ønsket jeg å søke etter artikler som kunne belyse pasientens erfaringer med veiledning knyttet til diabetes. Slik kunnskap er nødvendig for at sykepleier kan sette seg inn i pasientens tilstand (Nordtvedt & Grønseth, 2017).

Jeg har benyttet meg av Oria for å søke etter bøker og artikler som er tilgjengelige på Lovisenberg Diakonale høgskoles bibliotek. Nettsider som Norsk sykepleierforbund og Lovdata har blitt anvendt til å finne frem til relevant lovgivning og etiske føringer. Statistikk om diabetesprevalens og symptomer er hentet fra Folkehelseinstituttet, NHI og et norsk prevalensstudie om diabetes i hjemmesykepleien fra 2018 (Davies et al.).

3.2.1 Tabell 1: Viser søkestrategi på anvendt forskning

Dato	Database	Søkeord og kombinasjon av søket	Antall treff	Inklusjon/eksklusjon s-kriterier	Antall treff	Artikkel
11.11.19	Cinahl	Patient education AND Diabetes mellitus type 2	3441	Publiseringsdato 2014-2019 Geografi: Europa Alder: 65+ år	16	Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark
11.11.19	Cinahl	Self-care AND Diabetes mellitus type 2 AND Older adult	19	Publiseringsdato 2014-2019 Alder: 65+ år	9	Diabetes self-care and the older adult
1.12.19	PubMed	Home Care AND Norway AND Diabetes AND Challenges	34	Publiseringsdato 2013-2019 Engelsk eller Norsk Alder: 65+ år Full tekst	2	Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care in Norway
1.12.19	PubMed	Home based services AND Norway AND Self-care	41	Publiseringsdato 2014-2019 Engelsk eller Norsk 65+ år Full tekst	18	Older people who receive home-based services, on the verge of passivity: perspective of service providers
3.2.20	Chinal	Home care OR Home health care AND Documentation AND Continuity of patient care	193	Publiseringsdato 2010-2020 Engelsk eller norsk	115	Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å karakterisere og vurdere litteratur i oppgaven ved bruk av kritisk refleksjon (Dalland, 2017). Ved hjelp av kildekritikk ønsker jeg å vise til at oppgaven er forankret i faglig anerkjent litteratur og forskning, som jeg har vurdert er relevant for å belyse min problemstilling. I utvelgelsesprosessen har jeg benyttet meg av Helsebibliotekets sjekklister for vurdering av fag- og forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). Samtlige artikler møter bibliotekets kriterier, har et tydelig sykepleiefaglig fokus, er fagfellevurdert og publisert i anerkjente internasjonale tidsskrift.

Teorien i oppgaven bygger hovedsakelig på sykepleiefaglig litteratur hentet fra pensumbøker fra sykepleierstudiet. Pensumbøker er ofte skrevet av innflytelsesrike forfattere innenfor emnet, og jeg anser litteraturen til å være troverdig og av høy standard (Dalland, 2017). Litteraturen er av nyere dato, og kan anses som relevant og oppdatert.

Forskningsartiklene jeg har valgt ut er skrevet på engelsk. Det vil derfor være mulighet for misforståelser i fortolkningen (Dalland, 2017). I utvelgelsen av artikler har jeg tatt i betraktning overføringsverdien til hjemmesykepleien i Norge. Jeg har bevisst valgt ut artikler fra Skandinavia, da helse- og omsorgstjenestene i disse landene følger samme velferdsmodell (Store norske leksikon, 2019). Tre av artiklene studerer hjemmesykepleien i Norge. Forskingen er gjort i forskjellige landsdeler og kommuner, og det må tas høyde for at resultatene ikke nødvendigvis er representativt for hjemmesykepleien i alle kommuner. Artikkelen til Weinger, Beverly & Smaldone (2014) er amerikansk, og det er mulig at noen av funnene er kulturbaserte. Det kan bety at noen funn ikke er representative for utfordringer sykepleier vil møte i Norge. Dette gjelder eksempelvis problemstillinger knyttet til helse og økonomi.

Deltakerne i studiene er hovedsakelig sykepleiere, men noen inkluderer annen helsepersonell, som sykepleierstudenter og helsefagarbeidere. Konteksten varierer også noe. Artikkelen til Laursen, Frølich & Christensen (2017) tar utgangspunkt i gruppeundervisning, og artiklene til Graue, Dunning, Hausken & Rokne (2013) inkluderer sykepleie til pasienter på sykehjem. Dette har jeg tatt hensyn til i bruken av artiklene. Informasjonen jeg har valgt å bruke er nøye overveid, og anses som relevant og overførbar til min problemstilling.

3.4 Etiske vurderinger

Jeg har anonymisert forholdene rundt egne erfaringer for å ivareta taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, §21). Jeg viser til kilder for anvendt fag- og forskningslitteraturen i løpende tekst og i referanselisten. Hensikten er at det skal være enkelt for leseren å finne tilbake til kildene jeg har anvendt.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Fortløpende presenteres hovedfunnene i utvalgte forskningsartikler. Artiklene presenteres videre i egen artikkelmatrise.

Artikkelen *Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark* (Laursen, 2017) fant at pasienter som plages med diabetesrelaterte bivirkninger i hverdagen i mindre grad forstår, implementerer og forholder seg til diabetesrelatert egenomsorg. Artikkelen peker på at måten veilederen går frem på har en betydning for utbyttet pasientene får av veiledningen.

Artikkelen *Diabetes self-care and the older adult* (Weigner et al., 2014) viser at egenomsorg knyttet til blodglukosemåling kan være utfordrende for den eldre pasienten grunnet fysiske, mentale og psykososiale utfordringer.

Artikkelen *Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway* (Graue, 2013) viser at det finnes et gap mellom hva sykepleier i primæromsorgen anser som nødvendig for å utføre god diabetesomsorg, og deres faktiske kapasitet til å gi slik omsorg.

Artikkelen *Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers* (Vik & Eide, 2013) viser til faktorer som kan forme barriere for deltakelse hos eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie. Pasientenes fysiske og psykiske tilstand ved oppstart av tiltak, pasientenes forventninger til deltakelse og hjemmesykepleiens utøvelse av omsorg, har en betydning for pasientens deltakelse i hjelpen de mottar.

Artikkelen *Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services* (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014) peker på at personkontinuiteten i hjemmesykepleien er lav. Organiseringen av hjemmesykepleien fører til at den samme pleieren sjeldent blir satt opp til å besøke den samme pasienten over tid.

4.1 Tabell 2: Artikkelmatrise

Nr.	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Laursen, D. H, Frølich, A. & Christensen, U.	Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark	Scandinavian Journal of Caring Science	Utforske forskjeller i hvordan personer med diabetes type 2 opplever pasientundervisning knyttet til egenomsorg.	Kvalitativ: Dybdeintervju	Syke pasienter forstod, implementerte og forholdt seg i mindre grad til diabetesrelatert egenomsorg sammenlignet med friske deltakere.
2	Weinger, K., Beverly, E. A. & Smaldone, A.	Diabetes self-care and the older adult	Western Journal of Nursing Research	Identifisere faktorer som påvirker evnen til egenomsorg hos eldre personer med diabetes.	Oversiktsartikkel	Artikkelen peker på flere faktorer som kan påvirke den eldre evne til å utøve diabetesrelatert egenomsorg, herunder helsestatus, støtteapparat, psykiske og mentale evner. Tilstander som polyfarmasi, høy komorbiditet, tilstedeværelsen av diabetesrelaterte komplikasjoner, depresjon og kognitiv svikt kan påvirke evne til egenomsorg. Egenomsorg knyttet blodglukosemåling kan være utfordrende.
3	Graue, M., Dunning, T., Hausken, M. F. & Rokne, B.	Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway	Scandinavian journal of primary health care	Utforske erfaringer og kliniske utfordringer sykepleiere og sykepleierassistenter møter når de utøver diabetesspesifikk omsorg for eldre personer med diabetes i primæromsorgen.	Kvalitativ: Fokusgruppeintervju	Gap mellom nivået på ekspertisen deltakerne beskrev som viktig for å levere omsorg av høy kvalitet og deres faktiske kapasitet til å levere slik omsorg. Mangel på kunnskap og kompetanse, samt tilgjengelighet til dette. Vanskeligheter med å få kontakt med fastlege ved spørsmål vedrørende pasientens behandlingsmål. Mangel på kollegialt samarbeid fører til inkonsistens i arbeidet.
4	Vik, K. & Eide, A.	Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers	International journal of older people nursing	Helsepersonells persepsjon og forståelse av forhold som ligger bak deltakelse hos pasienter som mottar hjemmesykepleie.	Kvalitativ: Fokusgruppeintervju.	Fire forhold kan påvirke muligheten for deltakelse, eller lede til passivitet. 1. Pasientens fysiske og psykiske tilstand ved oppstart av tiltak. 2. Den eldre og hans/hennes families forventninger til deltakelse. 3. Hjelpen som blir gitt kan i seg selv skape en barriere for deltakelse. 4. Eksterne faktorer som boforhold og tilgjengelige hjelpemidler
5	Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren & Landmark, B. F.	Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services	Journal of Advanced Nursing	Måle personkontinuiteten hos personer som mottar hjemmesykepleie	Kvantitativ: Tverrsnittstudie med beskrivende design	Studiet fant at mellommenneskelig diskontinuitet er unngåelig i høyfrekvens hjemmebaserte tjenester. Pasienten møter den samme pleieren i snitt tre ganger i løpet av en fire ukers periode. Deltakerne i studiet fikk i snitt to til tre besøk i løpet av dagen. Pasienten så sjeldent den samme pleieren fra et besøk til det neste, fra en dag til en annen. Selv ikke når pleieren var på jobb og i prinsippet kunne besøkt pasienten ble listene lagt opp på en måte som tillot kontinuitet.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg med utgangspunkt i elementene fra den didaktiske relasjonsmodellen drøfte problemstillingen opp mot resultatene fra de fem forskningsartiklene og annen relevant faglitteratur. Lovverk, yrkesetiske retningslinjer og oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag skal belyse oppgavens problemstilling og bidra til kritisk refleksjon.

Den didaktiske relasjonsmodellen er en helhetlig modell, hvor de ulike elementene påvirker hverandre. Det er derfor en utfordring å skille de ulike elementene fra hverandre. Jeg har valgt å plassere aktuelle problemstillinger under de elementene jeg anser som mest hensiktsmessig for min problemstilling. Det vil derfor være mer fokus på noen punkter enn det vil på andre.

Hvilke utfordringer kan sykepleier møte ved veiledning i blodsuktermåling til eldre hjemmeboende pasienter?

5.1 Læreforutsetninger

Veiledning til eldre pasienter må tilpasses individuelt (Iversen, 2014). Dette forutsetter at pasientens læringsforutsetninger har blitt kartlagt før veiledningen starter, slik at sykepleier får mulighet til å tilpasse veiledningen deretter (Tveiten 2016). Pasientens erfaringer og kunnskap om diabetes legger føringer for veiledningen. Det samme gjør pasientens motivasjon, ønsker og behov for støtte (Iversen, 2014). Kartleggingen vil gi sykepleier forkunnskaper om pasientens veiledningsgrunnlag, som det videre er viktig å være bevisst og ta hensyn til i veiledningsprosessen (Tveiten, 2016). Individuell tilpasning bør gjenspeiles i utarbeidelse av mål og utforming av innhold. Helse og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1) gir pasientene rett til opplæring tilpasset deres behov.

5.1.1 Mangel på dokumentasjon og oppdaterte tiltaksplaner

For sykepleiere i hjemmesykepleien kan det være utfordrende å tilrettelegge for pasientens individuelle nivå. I studiet til Vik og Eide (2013) opplevde sykepleierne at de ikke hadde tid til å presist vurdere den enkelte pasientens ressurser. I stedet for å basere hjelpen på individuell evaluering og tilpasning, ble tjenestene utført etter standardiserte tiltak. Sykepleierne i studiet opplevde i tillegg at tiltaksplanene ikke var tilstrekkelig oppdatert. I tiltaksplanen kunne det stå at pasienten trengte hjelp til å utføre en oppgave, men en mer

presis beskrivelse manglet. Dette underbygger funn i studiet til Graue et al. (2013), som avdekket at mangel på ressurser førte til at tiltaksplaner ikke ble tilstrekkelig oppdatert. Sykepleierne opplevde dokumentering som en prioriteringssak i en hektisk arbeidshverdag. Utøvelse av omsorg og pleie ble satt opp mot dokumentasjonen som er nødvendig for å gi forsvarlig sykepleie som møter krav og forskrifter (Graue et al., 2013). Mangel på dokumentasjon og oppdaterte tiltaksplaner skaper ikke bare utfordringer i forhold til å individualisere sykepleien, men utfordrer i tillegg sykepleierens dokumentasjonsplikt (helsepersonelloven, 1999, §39, §40).

Jeg har selv opplevd mangelfulle tiltaksplaner og manglende informasjon knyttet til enkelte tiltak. Det er spesielt utfordrende å tilpasse hjelpen dersom jeg er under tidspress, og ikke kjenner pasienten og vedkommendes ressurser. Tiltaket «Hjelp til å måle blodglukose» kan bety alt fra veiledning og observasjon av utførelse, til behov for full bistand i blodglukosemålingen.

5.2 Rammefaktorer

Det er flere forhold knyttet til pasientgruppen og sykepleierens arbeidsforhold som kan påvirke veiledningen (Tveiten, 2016). Fysiske, mentale og psykososiale faktorer kan påvirke den eldre diabetikerens mottakelighet og evne til å delta i veiledning. Veiledning av eldre diabetespasienter må ta høyde for fysisk og mental funksjonsnedsettelse, den Eldres sosiale situasjon, syn, hørsel og fingerferdighet (Iversen, 2014). Hjemmesykepleiens organisatoriske rammer vil påvirke når på dagen veiledningen kan foregå, noe som kan påvirke pasientens mottakelig for veiledning (Tveiten, 2016).

5.2.1 Fysiske utfordringer

Aldersrelaterte fysiske forandringer som reduksjon i muskelmasse, fleksibilitet i ledd, hørsel og syn har konsekvenser for den Eldres fysiske og funksjonelle funksjon. Eldre med diabetes er i tillegg mer utsatt for fall og smerter, infeksjoner, urininkontinens, samt muskel- og leddplager (Iversen, 2014; Mosand & Stubberud, 2016). Den eldre pasienten som mottar hjemmesykepleie har i snitt fire til fem andre kroniske tilstander (Iversen, 2014). Tilstedeværelsen av flere sykdommer øker sannsynligheten for polyfarmasi, med tilhørende bivirkninger.

Mange eldre har som følge av dårlig kontrollert blodglukose utviklet senskader som nedsatt syn, hørsel, og følsomhet i fingrene (Jenssen, 2016). Utøvelsen av blodsuktermåling er en kompleks prosedyre, som setter krav til finmotorikk, samt syn til å lese av blodsukkerverdier og datomerking på teststrimler (Mosand & Stubberud, 2016). Studiet til Weinger et al. (2014) viser at tilstander som polyfarmasi, høy komorbiditet og tilstedeværelsen av diabetesrelaterte komplikasjoner negativt kan virke inn på den eldres evne til å utføre diabetesrelaterte egenomsorgsoppgaver.

Tilstedeværelsen av diabetesrelaterte symptomer og nedsatt funksjonsevne i hverdagen, kan negativt virke inn på pasientens evne til å forstå informasjonen som blir gitt i diabetesrelaterte undervisningssituasjoner (Laursen et al., 2017). Ifølge Laursen et al. (2017) har eldre med disse tilstandene også vanskeligere for å ta i bruk lærte ferdigheter. Nedsatt funksjonsevne er i tillegg assosiert med dårlig oppfattelse av egen helse og livskvalitet, noe som kan påvirke pasientens mottakelighet for veiledning (Laursen et al., 2017; Weinger et al., 2014).

5.2.2 Kognitive utfordringer

Høy alder og diabetes er begge risikofaktorer knyttet til kognitiv dysfunksjon. Eldre med diabetes er derfor mer utsatt for kognitiv svikt (Iversen, 2014). Studiet til Weinger et al. (2014) viser at nedsatt kognitiv funksjon går ut over den eldres evne til å utføre diabetesrelaterte egenomsorgsoppgaver. Dette gjelder spesielt oppgaver som krever numerisk forståelse, som å forstå blodsukkerverdier. Diabetes er i tillegg assosiert med dårligere evne til problemløsning, planlegging, og organisering, selv hos personer med normal kognitive evner (Weinger et al., 2014). Dette er faktorer av betydning for evnen til å utføre blodsuktermåling.

Kognitiv svikt kan utfordre pasientens forståelse og innsikt i eget sykdomsbilde (Iversen, 2014). Forståelse rundt egen helsetilstand er nødvendig for å ta hensiktsmessige beslutninger om tiltak som berører egen helse (Birkeland & Flovik, 2018). Det å lære en ny ferdighet, som å måle blodsukkeret, krever at pasienten er villig til å lære (Tveiten, 2016). Studiet til Laursen et al. (2017) fant at høy sykdomsforståelse er assosiert med motivasjon til å gjennomføre endringer. En slik forståelse gjør at pasienten i større grad følger opp nødvendige rutiner og tiltak (Laursen et al., 2017). Kognitiv svikt kan på denne måten utfordre pasientens motivasjon til å lære.

5.2.3 Psykososiale utfordringer

Motivasjon er en forutsetning for læring (Tveiten, 2016). Diabetes type 2 er en kronisk livsstilssykdom, og pasienter kan kjenne på redsel, skuffelse og skam over å ha utviklet sykdommen (Iversen, 2014). Livsstilsendringer kan være vanskelige å gjennomføre og derfor føre til skyldfølelse. Samtidig kan nedstemthet, engstelse og depresjon redusere den eldre motivasjonen og evne til å følge opp diabetesbehandlingen (Iversen, 2014). Diabetikere over 65 år opplever to til fire ganger oftere depresjon, sammenlignet med andre eldre (Weinger et al., 2014). Forskning viser at pasienter med depressive symptomer er motvillige til å diskutere diabetesrelatert egenomsorg med helsepersonell (Weinger et al., 2014). Respekt for hvert enkelt menneske står sentralt i sykepleien, og pasientens ønsker og selvbestemmelse skal respekteres (NSF, 2019). Det betyr at noen pasienter kan motsi seg veiledning. Så langt pasienten har mottatt tilstrekkelig informasjon til å ta kunnskapsbasert valg om videre behandling, velger pasienten selv hvorvidt vedkommende ønsker å følge anbefalingene (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2, §4-1).

Psykososiale utfordringer, som tapet av familiemedlemmer og venner, engstelse for å dø, ensomhet, og isolasjon kan påvirke den eldre diabetespasientens egenomsorgsevne (Weinger et al., 2014). Besøk fra hjemmesykepleien er for mange eldre deres eneste form for sosial kontakt (Birkeland & Flovik, 2018). I studiet til Vik & Eide (2013) ble ensomhet trukket frem som en faktor som kan føre til passivitet hos pasienten, da det kan fremme et ønske om å motta mer hjelp. Det betyr at pasientens behov for sosial kontakt kan veie tyngre enn deres behov for selvstendighet og mestring.

Forventningene pasienten har til å delta i hjelpen og omsorgen de mottar, kan også påvirke deres deltakelse (Vik & Eide, 2013). Studiet til Vik & Eide (2013) fant at pasientene som forventet å bli tatt hånd om etter mange år med hardt arbeid, ønsket hjelp til oppgaver de selv klarte å utføre. Pasientene hadde en holdning om at de fortjente å slappe av og bli tatt hånd om etter et langt liv. Dette gjaldt spesielt oppgaver knyttet til egenomsorg. Jeg har selv erfart utfordringer med å motivere pasienter med slike holdninger til handling. Dette gjelder spesielt utførelsen av nye rutiner eller handlinger.

Måten sykepleier møter den eldre diabetespasienten har betydning for hvordan den enkelte tilpasser seg sykdommen (Iversen, 2014). Sykepleier har en formell rolle og kompetanse, noe som kan påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dersom pasienten opplever veilederen som en maktperson kan dette negativt påvirke veiledningsprosessen (Tveiten, 2016). Ifølge Laursen et al. (2017) vil veilederens oppførsel og holdninger påvirke utbyttet pasientene har av veiledningen. Diabetespasienter som beskrev seg selv som friske, i den forstand at de ikke opplevde diabetesrelaterte restriksjoner i dagliglivet, oppfattet veilederne som mer ydmyke og informative enn pasienter som opplevde slike restriksjoner. Syke deltakerne hadde generelt mer kontakt med helsevesenet, og flere hadde dårlige opplevelser. De syke deltakerne satt igjen med følelsen av å få for liten tid, å bli behandlet dårlig, og av å bli sett ned på av helsepersonell. Dette var opplevelser deltakerne hadde inntrykk av at de tok med seg inn i veiledningen.

5.2.4 Organisatoriske utfordringer

Det er hensiktsmessig å la pasienten få innflytelse over tidsrom og utformingen av veiledningen (Tveiten, 2016). Det kan imidlertid være utfordrende for sykepleier å få lagt undervisningen til den tiden som er mest gunstig for pasienten. Hjemmesykepleiens rutiner og ressurser vil påvirke når på dagen veiledningen kan foregå (Birkeland & Flovik, 2018). Det resulterer i at pasientene ofte er uvitende om hvilken pleier som kommer, og til hvilken tid de vil motta hjelp (Fermann & Næss, 2014). Tveiten (2016) trekker frem at praktiske forhold kan påvirke den som skal veiledes i så stor grad at det opptar store deler av han eller hennes oppmerksomhet. Sykepleierne i studiet til Vik og Eide (2013) opplevde ofte at den eldre pasienten ble sittende å vente på hjemmesykepleien. Usikkerheten i tidsrommet for når pasienten kan forvente hjelp, fører til at pasienten venter med å utføre oppgaver de egentlig selv klarer. Konsekvensen kan være at det blir mindre tid å avse til veiledningen.

5.3 Mål

Et fastsatt mål vil fungere som en veiviser for både sykepleier og pasient. Ut fra den didaktiske relasjonsmodellen er samhandling en forutsetning for veiledning (Tveiten, 2016). Opplæringen i blodglukosemåling krever egeninnsats, og brukermedvirkning står derfor sentralt. Behandlingsmålene og planleggingen av gjennomføringen skal gjøres sammen med pasienten (Iversen, 2014). Sykepleie i hjemmet skal fremme pasientenes ønsker og deltakelse, og bidra til at pasienten, tross sykdom og funksjonssvikt, kan oppnå så mye selvstendighet

som mulig (Birkeland & Flovik, 2018). Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasienten rett til å medvirke i valg som angår pasienten selv. Det er derfor viktig at sykepleier tilrettelegger for at pasienten kan ta selvstendige valg rettet mot målet.

5.3.1 Tidsbrist utfordrer brukermedvirkning

For at sykepleier skal ha mulighet til å tilrettelegge for pasientens ønsker og behov, slik pasienten har krav på, er det vesentlig at sykepleier har tid. Gjennom dialog styrkes pasientens kompetanse til å mestre eget liv og faktorer som påvirker han eller hennes helse (Tveite, 2016). For å kunne målrette veiledningen må sykepleier ha kunnskap om hvordan sykdommen påvirker den enkeltes liv (Kirkevold, 2014). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019) skal sykepleier ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleier kan ved å vise omsorg, lytte og være tilstede hjelpe pasienten å se sine egne ressurser (Birkeland & Flovik, 2018). Deltakerne i studiet til Lausen et al. (2017) verdsatte at sykepleieren satt av tilstrekkelig tid, slik at de fikk mulighet til å fortelle sin personlige historie og identifisere sine utfordringer. Tid og oppmerksomhet var av høy signifikans til fordelene de fikk av programmet. Dette kan være en utfordring i utøvelse av sykepleie i hjemmet, som ofte kjennetegnes av tidspress og prioriteringer (Graue et al., 2013; Vik & Eide, 2013).

Medvirkning kan ikke velges bort, da dette er noe pasienten har lovpålagt rett til (pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §3-1). De administrative rammene for tjenesteutøvelse i hjemmet kan imidlertid begrense fleksibiliteten og muligheten til å involvere den eldre pasienten i valg. I studiet til Vik & Eide (2013) kommer det frem at høyt tidspress fører til at helsepersonellet ikke har tid til å la pasienten aktivt delta i tjenestene de mottar. Studiet peker på at fokuset på omsorgen som gis eldre pasienter ofte er basert på passiv assistanse, og at den derfor reduserer den Eldres funksjon. I stedet for å fremme aktiv deltakelse, fører omsorgen til mindre rom for deltakelse og aktive valg hos den eldre. Helsepersonell i studiet var enige om at de ga for mange passive tjenester (Vik & Eide, 2013). Å måle pasientens blodsukker i stedet for å veilede pasienten til å gjøre dette selv, kan anses som en form for passiv tjeneste. Studiet indikerer at hjemmesykepleiens fokus på å gi hjelp, gir lite rom for deltakelse (Vik & Eide, 2013). Dette utfordrer helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 1-1), som gir pasienten rett til tjenester som tilrettelegger for egenmestring.

5.3.2 Manglende samarbeid på arbeidsplassen

De ansatte i hjemmesykepleien må jobbe mot samme mål, ellers vil ikke intervensjonene ha noen effekt (Mosand & Stubberud, 2016). Samarbeidet i hjemmesykepleien skal sikre enhetlig, forutsigbar og kvalitativ god helsehjelp til pasientene (Birkeland & Flovik, 2018). Dette er ikke tilfellet på alle arbeidsplasser. I artikkelen til Graue et al. (2013) melder sykepleierne om mangel på profesjonelt samhold og samarbeid på arbeidsplassen. Arbeidsmiljøet i hjemmesykepleien ble beskrevet som splittet og skjørt. Arbeidsrutiner manglet, ble ikke fulgt eller evaluert av alle ansatte. Sykepleierne rapporterte i tillegg om manglende enighet knyttet til selve utøvelsen av diabetesomsorg. De ansattes mål og standard for utøvelse av diabetesrelaterte oppgaver varierte, noe som gikk ut over kontinuiteten i omsorgen (Graue et al., 2013).

5.4 Innhold

Innholdet i veiledningen tar utgangspunkt i pasientens læringsforutsetninger og mål (Tveiten, 2016). Ved veiledning av blodsuktermåling, vil innhold i veiledningen baseres på den praktisk utførelse av prosedyren. Informasjon om når blodglukosen skal måles, samt hva målene betyr vil også være relevant. Kunnskap om sykdom og behandling er nøkkelfaktorer for å lykkes med diabetesbehandlingen. Nok og riktig kunnskap gir den eldre muligheten til å ta ansvar for sykdommen (Iversen, 2014). Gjennom veiledning formidler sykepleier kunnskap, ferdigheter og holdninger som skal gjøre pasienten i stand til å foreta valg som påvirker egen helse (Tveiten, 2016). Dette forutsetter at sykepleier har den nødvendige kunnskapen og kompetansen innen diabetesomsorg, noe som ikke alltid er tilfelle (Graue et al, 2013).

Helse og omsorgstjenester skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom gjennom opplysning, veiledning og råd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). For at veiledningen skal virke relevant må innholdet tilpasses den enkeltes behov (Lauresen et al., 2017). Dette kan være utfordrende for sykepleier i hjemmesykepleien.

5.4.1 Mangel på kunnskap og kompetanse

Besittelse av fagkunnskaper knyttet til sykdommen og pasientgruppen, er nødvendig for å ivareta pasientens behov ved diabetes (Mosand & Stubberud, 2016). Yrkesetiske retningslinjer peker på at sykepleier skal gi pasienten informasjon som gjør vedkommende i

stand til å ta selvstendige valg over eget liv (NSF, 2019). Samtidig gir pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) pasienten rett til informasjon knyttet til egen helsetilstand. Sykepleier i hjemmesykepleien skal besitte kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjennom veiledning kan hjelpe pasienten å mestre sine egenomsorgskrav. Deltakerne i studiet til Laursen et al. (2017) vurderte veilederens kunnskap, og evne til å formidle denne, som vesentlig for læringsutbyttet de fikk av diabetesundervisningen. Resultatene fra studiet Graue et al. (2013) viser imidlertid at sykepleiere i hjemmesykepleien føler de manglet tilstrekkelige diabeteskunnskaper. Sykepleierne vurderte sitt kunnskapsnivå til å være under det som er nødvendig for å utøve god diabetesomsorg.

Innholdet i veiledningen skal kontinuerlig tilpasses den enkelte pasientens behov (Tveiten, 2016). Deltakerne i studiet til Laursen et al. (2017) oppga at evnen til å forstå veilederen var en av de viktigste elementene for utbytte de fikk av læresituasjonen. Grunnkunnskapene om diabetes type 2 kan variere betraktelig fra en pasient til en annen. Tilpasning krever at sykepleier kontinuerlig og systematisk observerer, identifiserer og evaluerer pasientens situasjon og behov (Nordtvedt & Grønseth, 2017). Forskning viser at mangel på kunnskap går ut over sykepleiers evne til å observere og tolke tegn og symptomer på forandringer i pasientens tilstand (Graue et al., 2013). Dette kan utfordre sykepleierens evne til å justere innholdet i veiledningen. Studiet til Laursen et al. (2017) viser at det kan være vanskelig for helsepersonell å oversette faglig kunnskap til et nivå pasienten kan forstå. Dette gjelder spesielt hos pasienter som har lite grunnkunnskaper. Sykepleiers manglende evne til å tilpasse informasjon utfordrer pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5). Loven gir pasienten rett på informasjon tilpasset vedkommendes individuelle forutsetninger.

Sykepleieutøvelsen skal alltid være kunnskapsbasert (Kristofferesen, 2016). Det setter krav til at sykepleier holder seg faglig oppdater, slik det også kommer frem i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Her heter det at sykepleier skal holde seg oppdatert innen forskning, utvikling og dokumentert praksis, samt vedlikeholde og fornye sine ferdigheter (NSF, 2019). Gjennom helsepersonelloven (1999, §4) er sykepleier pliktet til å holde seg faglig oppdatert, slik at sykepleien utøves forsvarlig. Sykepleiere i hjemmesykepleien rapporterer at de ikke har tid til å oppdatere sine diabeteskunnskaper i arbeidstiden. Sykepleierne etterlyser tilgang til oppdatert informasjon, samt helsepersonell med kompetanse på arbeidsplassen (Graue et al., 2013).

5.4.2 Mangel på tverrfaglig samarbeid

I hjemmesykepleien jobber sykepleier selvstendig ute hos pasienten, og valg og vurderinger baseres på sykepleierens egen kompetanse (Birkeland & Flovik, 2018). Sykepleier er personlig ansvarlig for at egen praksis utøves forsvarlig (NSF, 2019). I helsepersonelloven (1999, § 4) heter det at helsepersonell skal søke samarbeid og samhandle med annet kvalifisert helsepersonell ved behov. Sykepleier skal erkjenne grenser for egen kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2019). Dette kan være vanskelig i hjemmesykepleien. Sykepleierne i studiet til Graue et al. (2013) opplevde at det var vanskelig å få kontakt med pasientens fastlege ved behov. Tilstedeværelsen av både aldersrelaterte- og diabetesrelaterte symptomer kompliserer sykepleien til pasientgruppen. Den eldre diabetespasienten har behov for individuelt utarbeidede behandlingsmål (NHI, 2020). Sykepleierne i studiet til Graue et al. (2013) hadde behov for støtte for å beherske kliniske situasjoner og ta kunnskapsbaserte beslutninger deretter. Mangel på kunnskap ble rapportert å gå ut over sykepleiernes autonomi og selvtillit i sykepleieutøvelsen.

5.5 Vurdering

Evaluering sier noe om utbyttet pasienten har hatt av læringssituasjonen, og er på denne måten en form for kvalitetssikring av den veiledningen som er gitt. For å sikre kontinuitet i veiledningen må sykepleier fortløpende evaluere pasientens læringsutbytte. Evaluering avdekker behovet for videre oppfølging, og legger føring for hvordan veiledningen skal legges opp videre (Tveiten, 2016).

Evalueringen kan gjøres på bakgrunn av dialog og observasjon (Tveiten, 2016). For eksempel kan sykepleier spørre pasienten kontrollspørsmål om hva blodverdiene betyr, hva pasienten må sjekke før vedkommende setter i gang målingen, eller hvilket utstyr som er nødvendig for å utføre målingene. Sykepleier kan også kontrollere resultatet av den lærde ferdigheten ved å observere når pasienten utfører blodsuktermålingen. Dokumentasjon er sentralt i revurdering av tjenestetilbud og dermed i evaluering av veiledning (Birkeland & Flovik, 2018).

5.5.1 Manglende personkontinuitet

For å sikre kontinuitet i veiledningen er det hensiktsmessig at samme sykepleier følger opp veiledningen (Tveiten, 2016). Dette kan være utfordrende i hjemmesykepleien, som er preget av lite personkontinuitet. I en studie om kontinuitet i hjemmesykepleien fra 2018 ble det

registrert at pasientene sjeldent ser den samme pleieren over tid (Gjevjon et al., 2014). Dette gjelder både fra et besøk til det neste, og fra en dag til en annen. I løpet av en periode på fire uker møtte pasienten den samme pleieren i snitt tre ganger. Selv ikke når pleieren var på jobb og i prinsippet kunne besøke pasienten, ble listene lagt opp på en måte som muliggjorde dette. Dette samsvarer med funn i studiet til Graue et al. (2013) som fant at organisering av hjemmesykepleie kjennetegnes av mange arbeidsskift, bestående av mange pleiere.

Det finnes ingen konkret lov knyttet til hvor mange pleiere en pasient kan ha. Organiseringen av hjemmesykepleien skal ta hensyn til den ansattes arbeidsmiljø og samtidig sørge for at pasienten mottar forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Birkeland & Flovik, 2018). Gjevjon et al. (2014) fant at mellommenneskelig diskontinuitet er unngåelig for pasienter som hyppig mottar helsetjenester i hjemmet.

Jeg har selv erfart hvor vanskelig det kan være å følge opp pasientene i hjemmesykepleien. Besøkslistene varierer ofte fra en vakt til en annen. Selv når det blir forsøkt tilrettelagt for kontinuitet, kan dette være utfordrende. Grunnet uforutsette hendelser og sykdom, har jeg ofte opplevd at det skjer omrokeringer i listene i løpet av vekten.

5.5.2 Manglende informasjonskontinuitet

For å vite at en pasients situasjon har forandret seg må sykepleier kjenne til pasientens utgangspunkt. Evalueringer tar utgangspunkt i vurderinger i journalen og beskrivelser i tiltaksplan (Birkeland & Flovik, 2018). I hjemmesykepleien er personkontinuiteten lav, og sykepleierne jobber selvstendig. Dokumentasjon blir en viktig form for kommunikasjon mellom pleierne, og relevante observasjoner, mål og vurderinger skal dokumenteres (Birkeland & Flovik, 2018). For å sikre kontinuitet i veiledningen, må sykepleier dokumentere hva som har blitt sagt og gjort under veiledningen, og hva som er planen og målet videre (Mosand & Stubberud, 2016). I studiet til Graue et al. (2013) ble kommunikasjonen mellom de ansatte i hjemmesykepleien vurdert til å være utilstrekkelig. Det samme ble dokumentasjonen (Graue et al., 2013). Vurderingen av pasientens læringsutbytte, legger føringer for videre behov for veiledning (Tveiten, 2016). Dersom vurderingsgrunnlaget er tynt, vil dette kunne utfordre sykepleiers mulighet til å vurdere pasientens behov for videre veiledningen.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å identifisere utfordringer sykepleier kan møte ved veiledning i blodsuktermåling til eldre pasienter med diabetes type 2. Oppgaven viser til mulige utfordringer i alle ledd av veiledningsprosessen.

Forskning viser at sykepleiere mangler tilgang til oppdatert informasjon om pasientene, noe som går ut over evnen til å individualisere sykepleieutøvelsen i hjemmet. Mangel på dokumentasjon og oppdaterte tiltaksplaner, gjøre det utfordrende for sykepleier å tilrettelegge for veiledning som pasienten får utbytte av. Høy alder og diabetes type 2 kan påvirke pasientens veiledbarhet. Forskning viser at vanlige fysiske, mentale og psykososiale problemstillinger hos pasientgruppen, kan redusere deres motivasjon og evne til å delta i veiledningen. Hjemmesykepleiens organisatoriske rammer kan gjøre det vanskelig for sykepleier å legge veiledningen til et hensiktsmessig tidspunkt. Uvisshet knyttet til tid kan føre til passivitet hos pasienten, noe som kan påvirke lærings situasjonen.

Videre indikerer forskning at det kan være utfordrende for sykepleier å la den eldre pasienten delta i omsorgen som utøves i hjemmet. Tidspress og prioriteringer utfordrer sykepleiers mulighet til å involvere den eldre i valg rettet mot målet. Samtidig kan manglende samarbeid blant de ansatte i hjemmesykepleien utfordre kontinuiteten i veiledningen.

Manglende kunnskap og kompetanse kan få konsekvenser for sykepleierens evne til å veilede. Forskning viser at sykepleiere opplever å mangle kunnskap som er nødvendige for å utøve god diabetesomsorg. Mangel på tverrfaglig samarbeid og tilgjengelig informasjon går ut over sykepleiernes autonomi i diabetesomsorgen. Lav person- og informasjonskontinuitet kan utfordre sykepleiers mulighet til å evaluere pasientens læringsutbytte. Dette kan få konsekvenser for hvorvidt målet med veiledningen nås.

Referanseliste

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davies, T. T., Graue, M., Igland, J., Tell, G. S., Birkeland, I., Peyrot, M. & Haltbakk, J. (2018). Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being. *Diabetic Medicine*, 36(1), 96-104. <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.854445>
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Eldreomsorgen i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 238-264). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2018). Helse hos eldre i Norge. Hentet 12. desember 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553-563. <https://doi.org/10.1111/jan.12214>
- Graue, M., Dunning, T., Hausken, M. F. & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian journal of primary health care*, 31(4), 241-247. <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.854445>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017- 2021). *Nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Iversen, M. (2014). Diabetes. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 497-510). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, T. (2016). Diabetes mellitus. I E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. Utg., s. 387-400). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-121). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I G. H. Grimsrød (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie fag og funksjon* (3. utg., a 193-265). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laursen, D. H, Frølich, A. & Christensen, U. (2017). Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(4), 1039-1047. <https://doi.org/10.1111/sch.12429>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Mosand, R. D. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 51-82). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, P. (2017). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-40). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk helseinformatikk. (2020). Diabetes type 2. Hentet 10. januar 2020 fra <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-2/type-2-diabetes-oversikt/?page=1>

- Norsk helseinformatikk. (2017). Høyt blodsukker, hyperglykemi, ved diabetes type 2. Hentet 15. desember 2019 fra <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-2/hoyt-blodsukker-hyperglykemi-ved-type-2-diabetes/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Store norske leksikon. (2020). Didaktikk. Hentet 07. mars 2020 fra <https://snl.no/didaktikk>
- Store norske leksikon. (2019). Velferdsstat. Hentet 20. november 2019 fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Tveiten, S. (2016). Helsepedagogikk: *Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagforlaget.
- Vik, K. & Eide, A. (2013). Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers. *International journal of older people nursing*, 8(2), 123-30. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00305.x>.
- Weinger, K., Beverly, E. A. & Smaldone, A. (2014). Diabetes Self-Care and the Older Adult. *Western Journal of Nursing Research*, 36(9), 1272-1298. <https://doi.org/10.1177/0193945914521696>