

Lunds Universitet  
Socialhögskolan  
Magisteruppsats, SOA 205  
Vårterminen 2003

Undersökning av verksamheten vid en diabetesfotmottagning  
utifrån patientens perspektiv. En jämförelse mellan svenska  
och utlandsfödda patienter.

Författare: Åse Lindgren  
Handledare: Katarina Hjelm

# Investigation of the work at a diabetes foot clinic from the patient's perspective. A comparison between Swedish- and foreign-born patients.

Åse Lindgren

University of Lund

Dept of Social Work

2003-04-01

## Abstract

The aim of the study was to evaluate care given at a diabetes foot clinic from the patient's perspective. A comparison between Swedish- and foreign-born patients with severe diabetic foot ulcers/problems concerning their experiences of the content and organisation of health care was made. A qualitative, descriptive study design was chosen and a consecutive sampling procedure was used. Fifteen Swedish- and 15 foreign-born men were interviewed, individually or in focus-groups by external evaluators. Respondents were satisfied with the staff's high medical competence, professional treatment, support, general advice, communication and accessibility to the clinic. However, many desired more appointments in order to prevent foot ulcers. For the foreign-born the accessibility was lower due to language difficulties and problems to get an interpreter in urgent situations. Few foreign-born men claimed they had got information from the diabetic foot clinic regarding daily foot-care in contrast to most of the Swedes. Wound healing in relation to metabolic control, diet and exercises had not been discussed. Knowledge of wound healing varied among foreign-born men. The health-care chain was perceived as well functioning with the exception of that many respondents felt anxiety concerning limited knowledge about management of diabetes mellitus and foot ulcers among health care staff in primary health care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	<b>Sid</b>
<b>Förord</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduktion</b>	<b>5</b>
1.1. Teoretiska utgångspunkter	6
1.2. Diabetesvårdens organisation idag	7
1.3. Den studerade diabetesfotmottagningen	8
1.4. Tidigare forskning	8
<b>2. Patienter och metoder</b>	<b>11</b>
2.1. Studiedesign	11
2.2. Undersökningsgrupp	11
2.3. Etik	12
2.4. Intervjuguide	12
2.5. Tillvägagångssätt	12
2.6. Analys av data	13
<b>3. Resultat</b>	<b>14</b>
3.1. Innehållet av vården ur patienternas perspektiv	14
3.2. Utvärdering av organisationen ur patienternas perspektiv	19
<b>4. Diskussion</b>	<b>22</b>
4.1. Metoddiskussion	22
4.2. Utvärdering av vårdinnehållet	24
4.3. Utvärdering av organisationen	29
4.4. Slutdiskussion	31
<b>5. Källförteckning</b>	<b>32</b>
5.1. Referenser	32
<b>6. Appendix 1 - Tabell 1. Beskrivning av undersökningsgruppen.</b>	<b>35</b>

## **Förord**

Vid Institutionen för Samhällsmedicin, Lunds Universitet, pågår ett forskningsprojekt rörande vårdens kvalitet för personer med sjukdomen diabetes mellitus. Ansvarig för projektet är Katarina Hjelm, diabetessjuksköterska/vårdlärare/Dr Med. Vetenskap. En delstudie har som mål att utvärdera vården vid en diabetesfotmottagning sett ur patientens perspektiv. Då jag arbetar som kurator på mottagningen och därmed har kännedom om vilka problem diabetessjukdomen kan orsaka blev jag tillfrågad om jag ville delta i utvärderingen. Min utbildnings- och yrkeserfarenhet ansågs vara viktig i förståelsen av fotpatientens situation. Som kurator på fotmottagningen är man delaktig i teamarbetet runt patienten men står utanför det medicinska omhändertagandet. Jag fick också möjlighet att utifrån detta projekt skriva denna magisteruppsats.

Ett stort TACK riktas till de 30 patienter som delat med sig av sina erfarenheter och tålmodigt svarat på alla frågor. Arbetet hade aldrig varit möjligt utan stort stöd och god hjälp från handledare Katarina Hjelm som låtit mig få tillgång till och möjlighet att använda tidigare utarbetad intervjumanual, ekonomiskt bistånd till kostnader för material, tolkanvändning och intervjuutskriften samt ledig tid (6 veckor) för analys och skrivarbete.

Ett stort tack skall även riktas till klinikledningen på min arbetsplats som låtit mig intervjua patienterna på arbetstid och under en tid fått avlastning från mitt ordinarie arbete genom kuratorsvikarie. Ett speciellt tack till vårdchef Elsie Norrman som givit mig stöd och uppmuntran under hela uppsatsarbetet.

Arbetet hade inte kunnat slutföras om inte hela min familj; min man Håkan, mina döttrar Sofie och Emelie och min mamma Gully haft förståelse för att uppsatsarbetet tagit mycket av min energi och ork.

## 1. Introduktion

I Sverige finns ca 300 000 personer som har diagnosen diabetes mellitus vilket motsvarar 3 - 4 % av befolkningen (Socialstyrelsen, 1999:17). Antalet personer som insjuknar i Sverige och i världen i övrigt ökar ständigt och sjukdomen håller på att bli ett globalt hälsoproblem (Hjelm, 1998:9). De senkomplikationer som kan drabba den som har diabetes, i form av påverkan på ögon, njurar, nerver och den centrala cirkulationen, är svåra och skapar försämrad livskvalitet och ett stort lidande för individen (Brod, 1998:365-372; Ragnarson Tennvall, Apelqvist, 2000:235-241). En stor andel, två tredjedelar, av alla som har diagnosen diabetes mellitus har någon form av fotproblem (Socialstyrelsen, 1999:72). De sår som uppkommer är svåra att läka och mer än 85 % alla amputationer på diabetespatienter föregås av fotsår (Apelqvist, Larsson, 2000:75). Kostnader för att läka fotsår och för amputationer är betydande (Apelqvist, Larsson, 2000:75-83; Socialstyrelsen, 1999:72).

Lagstiftningen har de senaste åren stärkt patientens ställning i vården. Patienten skall få en individuellt anpassad vård och vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (HSL 1982:763:§ 2a och 2b). Det är därför väsentligt att efterhöra patienternas egna synpunkter på given vård.

Till följd av en ökad invandring till Sverige kommer sjukvården idag i allt högre grad i kontakt med utlandsfödda patienter. Idag är 11,5 % av befolkningen född utomlands (SOS, 2001). Tidigare studier har visat att utländska personer med diabetes har annorlunda uppfattningar om sin hälsa och sjukdom än svenska patienter (Hjelm, Nyberg, Isacson, Apelqvist, 1999:1147-1159). Därför är det väsentligt att få ökad kunskap om hur utlandsfödda patienter anser att vården fungerar och om de upplever några särskilda problem.

Studiens övergripande syfte har varit att utvärdera vården ur patienternas perspektiv för att få kunskap om hur vården bör vara organiserad för att tillvarata patientens intressen och få motiverade, deltagande och aktiva patienter. En jämförelse mellan svenska och utlandsfödda patienter med diabetiska fotsår avseende deras syn på vårdinnehåll, kvalitet och organisation har genomförts.

Studien har sökt besvara följande frågeställningar:

- 1) Hur upplever patienterna vårdens innehåll och kvalitet samt organisation vid fotmottagningen?
- 2) Hur fungerar vårdkedjan?
- 3) Finns det något som kan förbättras så att patienterna slipper uppleva "onödig" oro?
- 4) Finns det några speciella problem vad gäller vården av utlandsfödda personer med diabetiska fotsår?

### **1.1. Teoretiska utgångspunkter**

Fenomenologins grundare Edmund Husserl ansåg att vi människor själva skapar vår verklighet. Han myntade begreppet "livsvärlden" d.v.s. vardagsvärlden vi lever i och såsom vi uppfattar den. Hans lärjunge Schutz talar om "den sociala konstruktionen av verkligheten". Våra uppfattningar om t.ex. hälsa och sjukdom är kulturellt betingade och inlärd genom socialisationsprocessen. Det är genom språket som vi kommunicerar med varandra och lär oss hur världen runt omkring oss fungerar. Vi sätter etiketter d.v.s. typifierar de olika erfarenheterna vi samlar på oss; t.ex. vad som anses vara god vård. Patienterna möter en sjukvård som har en egen vårdfilosofi och ett annat språk, systemvärlden. Denna vårdfilosofi påverkar hur personalen kan och ska arbeta och hur patienterna uppfattar vården. Patienter som vuxit upp i Sverige kan tänkas ha en annan livsvärld än de som invandrat p.g.a. olika erfarenheter. Om det är stora skillnader mellan de olika livsvärldarna, d.v.s. om den kulturella distansen är stor, kan det orsaka problem mellan de inblandade personerna. Hur mötet mellan den enskildes livsvärld och sjukvårdens systemvärld uppfattas har betydelse för vårdens utfall och det kan inverka på hälsan (Bäck-Wiklund, 1998:71-85).

Stress höjer vanligtvis sockervärdena (Wilkinson, 1991:784-791) och det är därför extra viktigt att patienter med diabetes inte utsätts för negativa stressmoment i vården. Hur vården är organiserad och hur personalen klarar att möta patientens behov är väsentligt för hur given vård uppfattas. Det är väsentligt att också förstå hur diabetessjukdomen påverkar livet och vilka krav som sjukdomen ställer.

Karasek och Theorell studerade arbetsmiljön och hur stressbelastning på arbetet kan påverka hälsan (Karasek, Theorell, 1990:68-78). De fann att höga krav och låg kontroll över arbetssituationen skapar stress. Kraven upplevs som höga när de överstiger det man klarar av. Genom att få kontroll över, d.v.s. få inflytande över situationen, minskar stressbelastningen.

Johnson har visat att socialt stöd, ett stödande socialt nätverk, i t.ex. en arbets- eller kamratgrupp sänker stressnivån (Johnson, Hall, Theorell, 1989:15:271-279).

Karasek och Theorells krav- och kontrollmodell är överförbar till en person med kronisk sjukdom såsom diabetes. Sjukdomen ställer höga krav och det kan medföra svårigheter att ha kontroll över såväl sjukdomen som vardagslivet. Den som har diabetes måste klara av att balansera kost, motion och medicinering och även klara att hantera sjukdomen psykiskt då dessa faktorer påverkar blodsockervärdet var för sig och tillsammans. Alla de val som man ställs inför i vardagslivet får konsekvenser för blodsockervärdet, på kort och lång sikt och påverkar individens levnadssätt (William-Olsson, 1986:15-22). Theorell talar numera om "att ha kontroll över sitt liv innebär att man kan ta kommando över de flesta vardagssituationer" (Theorell, 2002:289-299).

## **1.2. Diabetesvårdens organisation idag**

Hur diabetesvården är organiserad påverkar individens möjlighet att få tillgång till god vård och behandling. Före 1968 fanns ingen speciell organisation för omhändertagande av diabetespatienter i Sverige. Idag ges behandling på olika nivåer i hälsovårdssystemet. De patienter som är tablettbehandlade (huvudsakligen typ 2-diabetes) får vanligen vård på vårdcentraler och de med insulinbehandling (huvudsakligen typ 1-diabetes) vanligen via specialister i invärtesmedicin på sjukhus. Vid vårdcentralerna finns personal med specialkunskaper i diabetes. Den mest specialiserade vården ges vid universitetssjukhusen där det också förekommer forskning och utveckling av diabetesvården (Hjelm, 1998:19-21). Socialstyrelsen har givit ut Nationella Riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus (1999). Enligt dessa riktlinjer är det väsentligt att det finns ett vårdteam med väl integrerade kunskaper om olika aspekter av diabetessjukdomen samt personalkontinuitet. Kompetensen bör omfatta läkare, sjuksköterska, dietist, foterapeut och t.ex. kurator, psykolog. Teamet bör sträva efter ett nära samarbete med andra specialiteter t.ex. ortopedier, ögon- och njurläkare vars kompetens behövs vid speciella situationer (Socialstyrelsen, 1999:14). Personalen som patienten träffar skall ha utbildning i och specialkunskaper om både själva sjukdomen diabetes (medicinsk kompetens) och hur det är att leva med sjukdomen.

### **1.3. Den studerade diabetesfotmottagningen**

Diabetesfotmottagningen finns i anslutning till en diabetesmottagning och är sjukvårdsregionens specialistmottagning för patienter med fotproblem. På mottagningen finns kompetens i form av en överläkare i diabetologi, en diabetessjuksköterska och en fotvårdsspecialist med sårvårdskompetens. Vid behov kontaktas dietist och kurator. Varje vecka kommer en ortoped till mottagningen och träffar patienter tillsammans med mottagningens ordinarie personal. Även ortopedteknisk personal besöker mottagningen. Fotmottagningen har tidsbeställd mottagning 1 ½ dag varje vecka. Diabetessjuksköterskan har öppen mottagning för akuta problem en gång per vecka. Dessutom kan patienter ringa på diabetessjuksköterskans telefonmottagning två gånger per dag. I samma hus som diabetesfotmottagningen är belägen finns klinikens slutenvårdsavdelning och en diabetesskola, den så kallade dagvården. Överläkaren går rond på klinikens slutenvårdsavdelning en gång i veckan och träffar då de patienter som har fotsår. Den tid då fotmottagningen inte är öppen arbetar läkaren och diabetessköterskan på den ordinarie diabetesmottagningen.

### **1.4. Tidigare forskning**

Det finns studier som beskriver hur det är att leva med sjukdomen diabetes mellitus och att drabbas av diabeteskomplikationer (William-Olsson, 1986; Gåfvells, 1997; Gåfvells, Lorenz, 1999). Ternulf Nyhlin (1990) har beskrivit insulinbehandlade patienters erfarenhet av sjukdomen som att "gå på slak lina". För att sköta diabetesbehandlingen krävs ofta livsstilsförändringar d.v.s. att förändra tidigare inövade vardagsvanor. Den vuxne "uppfostras på nytt och tvingas lära sig saker han aldrig tidigare behövt tänka på" (William-Olsson, 1986:25, 86). Enbart ökad kunskap leder inte automatiskt till att livsstilen förändras utan det krävs också en egen förståelse av att leva med sjukdomen (Ternulf Nyhlin, 1990:III:16; Saleh Stattin, 2001:102-115; William-Olsson, 1986:1, 12, 22, 27). Män ser diabetesregimen med kostråd etc. som en börda, något som spolierat deras liv medan kvinnor oroar sig mer än män för att få komplikationer. Enligt Hjelm oroade sig även män för komplikationer såsom blindhet eller amputation och hade en pessimistisk åsikt om sin framtida hälsa. Yngre personer ser oftare mer positivt på diabetessjukdomen än medelålders för vilka det största problemet är att sjukdomen är kronisk (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002b:676; Gåfvells, 1997:32-33).



En stor del av sjukdomen diabetes handlar om egenvård och förmågan att hantera den egna sjukdomen (Fallberg, Svanberg, 2000:13). Diabetes är en sjukdom som ställer höga krav på individen då allt man företar sig i vardagen och livsföringen måste anpassas till de krav sjukdomen ställer och med hänsyn till att balansera blodssockret (William-Olsson, 1986:15-22; Ternulf Nyhlin, 1990:27-35; Gåfvells, Lorenz, 1999:23-24; Socialstyrelsen, 1999:37). Kost, motion, stress och infektioner påverkar var för sig och tillsammans blodssockervärdet. "Diabetes mellitus leder på sikt till förändringar i de små och stora blodkärlen" (Socialstyrelsen, 1999:17). "Diabetesneuropati är en klassisk komplikation vilken progredierar undan för undan i relation till längd och tid efter diabetesdiagnos" (Price, Harding, 2000:47), vilket tar sig uttryck i t.ex. oro för att inte såret skall läka och att man skall behöva amputera foten/benet (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002b:676). Sjukdomen diabetes medför frågor av existentiell natur vilket skapar existentiell ångest (William-Olsson, 1986:15-22). Individen konfronteras med livets osäkerhet och insikten av att livet har ett slut. När komplikationer uppkommer "ligger självanklagelserna nära till hands". Individen har lärt sig att utvecklandet av komplikationer beror på deras egen regim (William-Olsson, 1986:105).

Att ha fotsår påverkar individens livssituation och livskvalitet negativt (Brod, 1998:365-372; Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002b:673-684; Ragnarson Tennvall, Apelqvist, 2000:235-241; Price, Harding, 2000:45-49). Diabetiska fotsår är en allvarlig diabeteskomplikation då såren ofta tar lång tid att läka, kan vara smärtsamma och kan kräva långvariga kontakter med sjukvården, ibland inläggning på sjukhus och inskränkningar i rörligheten (Ragnarson Tennvall, Apelqvist, 2000:235-241). Förlusten av rörligheten orsakar ofta en stor förändring i det dagliga livet där patienten blir beroende av hjälp från andra såsom familj och sjukvård, vilket kan skapa känslor av frustration, ilska och skuld (Brod, 1998:367-369). Dock kan fotsåret också påverka relationer positivt genom att relationen till närstående fördjupas och närheten till partnern ökar (Brod, 1998:368). Förlusten av rörligheten tvingar också ofta fram en anpassning, en förändring av livsstil, för både patienter och anhöriga (Brod, 1998:365-372). Risken att skada eller förlora sina fötter skapar ångest (William-Olsson, 1986:117, Brod, 1998:368). Fötterna är "ett verktyg för frihet och oberoende" (William-Olsson, 1986:117). Oro finns för hur framtiden kommer att gestalta sig och oro för om man kommer att få behålla benet, d.v.s. om såret kommer att läkas eller om man tvingas till amputation (Brod, 1998:68).

Det finns studier som fokuserat på invandrades situation. Saleh Stattin (2001:102-115) har beskrivit hur arabisktalande, icke europeiska invandrare förstår och lär sig handskas med diabetessjukdomen. Egen erfarenhet av sjukdomen och självreflektion föregår livsstilsförändring. Undersökningar av hur invandrades migrationsbakgrund påverkar hälsan har genomförts genom att jämföra europeiska invandrades hälsa med svenskföddas (Hjelm, Isacsson, Apelqvist, Sundqvist, Nyberg, 1996; Hjelm, Apelqvist, Nyberg, Sundqvist, Isacsson, 1997; Hjelm, 1998). Resultaten visar att socioekonomiska faktorer har större betydelse för både den subjektiva och objektiva hälsan än födelseland hos europeiska invandrare med arbetskraftsinvandrarbakgrund. Vid jämförelse av uppfattningar om hälsa och sjukdom mellan svenska och invandrade lågutbildade kvinnor från forna Jugoslavien fanns skillnader i uppfattningar, vilket påverkat hur kvinnorna klarat egenvården och vårdsökandet (Hjelm, Nyberg, Isacsson, Apelqvist, 1999). God hälsa för de svenska kvinnorna handlade om hur de skulle förhålla sig till sin sjukdom d.v.s. kost, motion och att leva regelbundet. För de jugoslaviska kvinnorna var hälsan kopplad till migrationserfarenheten såsom att ha frihet och känna trygghet. Det var väsentligt att kunna göra avsteg från kostråd och njuta av mat och sötsaker genom att återgå till tidigare livsmönster från hemlandet (ibid.). Trots att en majoritet av de jugoslaviska kvinnorna fått sin diabetesdiagnos i Sverige hade de generellt sett mindre kunskap om diabetes och dess behandling. De svenska kvinnorna tog mer aktivt del i sin egenvård och lät självkontrollen guida deras behandling medan de jugoslaviska kvinnorna var mindre benägna till självkontroll och preventiv fotvård (ibid.).

Det finns få studier där patienten är delaktig vid utvärdering av given vård. Svenska Diabetesförbundet har utvärderat vårdens kvalitet ur diabetespatienters perspektiv (Fallberg, 1998; Fallberg, Svanberg, 2000). Hjelm har ur den diabetiska fotpatientens perspektiv utvärderat en specialiserad diabetesmottagning och jämfört svenska män och kvinnors erfarenheter av vård och organisation (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002a:66-77). Den utvärderade kliniken uppfattades som välfungerande av bägge grupperna. Vårdkedjan var också välfungerande med undantag för vissa vårdcentraler som angavs sakna kunskap om diabetes. Hjelm har i en annan studie jämfört kvinnor och mäns upplevelse av hälsa och sjukdom (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002b:67-67). Egenvård praktiserades för att återfå hälsa. Kvinnorna var aktivare i egenvården och eftersökte mera information om diabetessjukdomen och diabetesfoten än männen. Män sökte oftare hjälp för akuta problem, diskuterade sina fotproblem oftare och hade en mer pessimistisk syn på framtiden.

Det saknas utvärdering ur diabetesfotpatientens perspektiv där svenska och utlandsfödda personers erfarenheter av given vård jämförs. Det är väsentligt att få kunskap om hur den diabetiska fotpatienten, med utländsk bakgrund, uppfattar given vård och organisation.

## **2. Patienter och metoder**

### **2.1. Studiedesign**

Utvärderingen är en kvalitativ, deskriptiv studie. Den kvalitativa intervjun är ändamålsenlig när man vill "upptäcka eller förstå egenskaper eller innebörder" (Starrin, Renck, 1996:52-55). Den som intervjuas förklarar och beskriver med sina egna ord och ur sitt eget personliga perspektiv (Patton, 1990:287, 290).

Enligt uppgjord projektplan skulle datainsamling ske via fokusgrupps-intervjuer enligt Krueger (1994:53-69), vilket ej gick att genomföra därför att de utlandsfödda själva önskade individuella intervjuer. Dessutom var gruppen avseende språk heterogen. Datainsamling skedde istället genom individuella intervjuer. Dock hade redan två fokusgrupps-intervjuer med svenska män genomförts.

### **2.2. Undersökningsgrupp**

Kriterier för att ingå i undersökningen var; diagnostiserad diabetes mellitus med duration minst ett år, tidigare eller pågående fotsår och eller andra svåra fotproblem, ingen känd psykiatrisk diagnos.

Patienterna tillfrågades av diabetessköterska eller av fotvårdsspecialist om deltagande i studien. Femton svenska män och femton utlandsfödda män accepterade deltagande. Ett konsekutivt urval av personer genomfördes.

De utlandsfödda kommer huvudsakligen från länder i Europa (se tabell 1). Tre män kommer från länder i Mellanöstern. Andelen anknytnings-, arbetskraftsinvandrare och andelen flyktingar är likartad. Vistelsetiden i Sverige var 28 år i medeltal (spridning 1-37).

Bägge grupperna har haft diagnosen diabetes under lång tid; svenska män 21 år (4-44) och utlandsfödda 18 år (5-36). Graden av självrapporterade komplikationer är likartad mellan grupperna. Även antalet utbildningsår är likartad. Dock finns i den utlandsfödda gruppen en person som är analfabet.

Bland de utlandsfödda finns fler personer som är socialbidragstagare. Samtliga svenska män har någon form av pension där ålderspension är mest förekommande. Av de utlandsfödda är det några som är heltidssjukskrivna och några som arbetar heltid.

Flertalet av männen i bägge grupperna är gifta, några är frånskilda och någon är änkeman.

### **2.3. Etik**

Studien var godkänd av Etiska Kommittén vid Lunds Universitet. Skriftligt informerat samtycke tillämpades och deltagarna informerades om anonymitetsskydd och att framtida vård inte skulle komma att påverkas av deltagande i studien.

### **2.4. Intervjuguide**

En tematiserad intervjuguide med öppna frågor om vanliga fotproblem användes. Frågorna avsåg en utvärdering av vårdinnehåll och organisation av en fotmottagning ur ett patientperspektiv. Denna intervjuguide har tidigare använts vid utvärdering av vård för fotpatienter (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002a). Guiden är utvecklad efter erfarenheter som gjorts i tidigare studier (Hjelm, 1998; Hjelm, Nyberg, Isacson, Apelqvist, 1999), efter litteraturgenomgång samt vid diskussioner med personal vid en diabetesfotmottagning.

### **2.5. Tillvägagångssätt**

Studien var planerad som en fokus-gruppsstudie vilken ej gick att genomföra då de utlandsfödda var en alltför heterogen grupp språkligt samt att de önskade enskilda intervjuer. Samtliga intervjuer med de utlandsfödda männen har därför utförts enskilt. Två fokusgruppsintervjuer genomfördes dock med svenska män.

Intervjuerna genomfördes av en disputerad diabetessjuksköterska, med gedigen erfarenhet av att intervjua diabetespatienter och forskningsstudier av invandrare, och en kurator, socionom

med erfarenhet av kuratorsarbete med patienter som har diabetiska fotsår. Ingen av intervjuerna var involverad i vården av patienterna. Diabetessjuksköterskan intervjuade 9 män och kuratorn 21 personer. Kuratorn och diabetessjuksköterskan intervjuade var sin fokusgrupp. Vid nio tillfällen anlätades auktoriserad manlig sjukvårdstolk. Intervjuerna ägde rum i lokaler utanför fotmottagningen. Två utlandsfödda män intervjuades i sin bostad.

En individuell intervju, innehållande sociodemografiska och medicinska variabler, genomfördes med varje deltagare. Denna standardiserade, strukturerade intervju gjordes före den bandade intervjun för att skapa kontakt och för att deltagarnas integritet i fokusgruppsintervjuerna skulle skyddas. Intervjun pågick ca 15 minuter.

Intervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide. Varje enskild intervju omfattade 1 - 1½ timme. Vid de två fokusgruppsintervjuerna varade varje intervjutillfälle 1½ - 2 timmar. Varje fokusgrupp hade tre respektive fyra deltagare per grupp. Grupperna intervjuades vid tre respektive fyra tillfällen. Både fokusgruppsintervjuerna och de enskilda intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant. Det utskrivna materialet omfattar ca 580 sidor A4 text.

## **2.6. Analys av data**

Datainsamling skedde mellan april år 2000 och april år 2002. Insamling och analys av data skedde parallellt och tills frågorna blivit besvarade och ingen ny information framkom, d.v.s. mättnad uppkommit (Starrin, 1996:113-114; Patton, 1990:181-186). Vid analysen av data eftersträvades att upptäcka den existerande variationen i materialet. Genom jämförelse mellan patienternas påståenden eftersöktes regelbundenheter, motsägelser och teman. En preliminär kategorisering gjordes för att studera skillnader mellan svenska och utlandsfödda män. Utvärderingen var strukturerad kring vårdens innehåll och organisation.

Den av Krueger (1994:140-156) beskrivna dataanalysmetoden tillämpades. De ordagrant utskrivna intervjuerna lästes igenom rad för rad och meningsbärande enheter identifierades. Citat ströks under. Meningsbärande enheter med likartat innehåll sammanfördes därefter till kategorier vilka efter hand omformulerades med utveckling av såväl huvud- som underkategorier. Den bild som växte fram jämfördes mellan grupperna. För att öka validiteten och trovärdigheten lästes utskriften och analyserades av två oberoende personer, och analyserna visade stor samstämmighet.

### 3. Resultat

#### 3.1. Innehållet av vården ur patienternas perspektiv

Både de svenska och de utlandsfödda patienterna gav en positiv bild av sina erfarenheter av fotmottagningen avseende bemötandet av patienten, den medicinska kompetensen, väntetiden till och på mottagningen, kommunikationen och de generella råd som givits:

*"Man möts av ett vänligt sätt...känner sig välkommen...igenkänd...Medan man väntar kommer sköterskan och säger Hej Nisse kul att se dig...Kompetensen (är) stor hos fotvårdsspecialisten...väldigt duktiga sjuksköterskor...De kan det här med fötter...professionell behandling...Blir kallad i utlovad tid...får en tid så håller de den...Man får all information...Man lyssnar, väldigt lyhörda...försöker besvara ens frågor, en stor trygghet...Dr x berättade vilken situation jag befann mig i... Han var ett bra stöd."*

Två undantag avseende bemötandet framfördes av en utlandsfödd och en svensk person. Man var nöjd med mottagandet på själva fotmottagningen men *"i luckan finns det en, hon skriker och hon blir arg. Jag vet inte om det bara är till mig...När jag kom in där började hon skälla redan i luckan"*.

Mer än hälften av de utlandsfödda behövde tolkhjälp vid kontakt med diabetesfotmottagningen. Att få tillgång till tolk var vanligtvis oproblematiskt: *"Jag får alltid tolk."* Dock angavs svårigheter att få tolk vid akuta besök. Vanligtvis anlätades professionell tolk men även anhörigtolk anlätades i relativt stor utsträckning: *"Ibland har min dotter tolkat eller annan anhörig."*

Uppfattningen varierade inom grupperna när det gällde svårigheten att nå mottagningen via telefon. En svensk man löste situationen *"får jag inte tag på sköterskan ringer jag fotvårdsspecialisten"*. En ganska stor andel av de utlandsfödda brukade inte ringa. Flera angav att det berodde på språkproblem: *"Jag vet inte hur det är med telefontider och kommunikation för jag kan inte prata. När (jag behöver) kontakt...ringer till son eller dotter."* Några anlitar anhöriga som ringer mottagningen. En utlandsfödd ringer upp klinikens arabisktalande läkare, som förmedlar kontakt med fotmottagningen.

Flertalet av de utlandsfödda blev körda av anhöriga alternativt åkte taxi till mottagningen, medan några åkte buss. Av de svenska männen körde en majoritet med egen bil och flera hade parkeringstillstånd, vilket de utlandsfödda saknade. Parkering var vanligtvis oproblematiskt.

Flertalet av de svenska männen hade fått någon form av råd om hud- och fotvård medan de utlandsfödda angav att informationen varierat och en ganska stor andel angav att de inte fått någon information: *"Hur jag ska vårda min fot har de inte sagt"*. De råd som givits handlar främst om att *"smörja och tvätta (fötterna) regelbundet och att tänka på skor och strumpor"*.

En utlandsfödd man påpekade att livssituationen påverkar följsamheten till givna råd: *"Jag bor själv...ensamheten, den psykiska smärtan och att bo i ett annat land, gör att man inte bryr sig trots att man vet att det är farligt för en."* En majoritet av både de svenska och utlandsfödda männen angav att de tvättade och smorde sina fötter och tog bort förhårdnader regelbundet. Fler svenska än utlandsfödda män tänkte på val av strumpor. Det var också fler svenska män som sa att de regelbundet besökte fotvårdsspecialist. Samtliga svenska män och en majoritet av de utlandsfödda använde ortopediska skor.

Det var ingen skillnad mellan svenska och utlandsfödda män beträffande anhörigas medverkan i fotvården. En majoritet av männen i bägge grupperna var gifta (tabell 1) och de fick hjälp av sina fruar. Fruarna *"klipper naglar, smörjer, filar"*. En utlandsfödd man fick hjälp av fru, barn och barnbarn *"hjälp av min fru med mina naglar, min son kan hjälpa mig med massage, fotbad. Mina döttrars barn ser när mamma gör någonting, så vill de göra likadant, trycka på mina ben och så"*. En annan utländsk man sa att *"hade min familj varit här hade de hjälpt till att vårda mig"*.

Bägge grupperna hade likartad blodsockersänkande behandling. En majoritet av männen hade insulinbehandling och ingen klarade sig på enbart kost (tabell 1). Mediciner hade inte diskuterats, i någon nämnvärd omfattning, med någon av grupperna.

En ganska stor andel av männen från bägge grupperna angav att man fått råd om och/eller hjälp med testning av blodsocker och några från bägge grupperna har diskuterat insulininställning: *"de lärde mig sticka i fingrarna...de har förklarat att jag skall kontrollera min blodsockerhalt."* Däremot hade inte sårsläkning i förhållande till blodsockret diskuterats med en majoritet av de intervjuade. En utlandsfödd, som inte diskuterat sitt blodsocker, sa att

personalen "var inriktad påfotsåret och läkningsprocessen. Testning av blodsocker det tog de nog för givet. Det skulle det vara under normala omständigheter, en självklar sak. Men det är det inte alltid. Det är så många saker som kan påverka...såret, inte haft utrymme eller ork". Under intervjuerna framkom att flera av männen, från bägge grupperna, hade önskat att de fått hjälp med att förstå och hjälp att ställa in sitt blodsocker: "Blodsockret hoppar upp och ner. Ena dagen är det åta andra 12. Ingen har sagt vad jag ska ha." En utlandsfödd man, som varit patient på fotmottagningen under lång tid, saknade blodsockermätare. Han hade aldrig fått svar på HBA1c värdet och saknade kunskap om hur blodsockret skulle ligga för att vara bra. Frågor som handlade om hur man kan få ett välinställt blodsocker ställdes efter intervjun av flera män, från bägge grupperna. Blodsocker testades regelbundet av ganska många av männen från bägge grupperna: "Kontrollerar blodsockret 3-4 gånger per vecka...testar regelbundet, men inte varje dag. Sen skickar jag in HBA1c varannan månad." I bägge grupperna fanns patienter som testade "mycket sällan". Några män testade inte så länge de mådde bra: "Det kan gå månader emellan. Jag har ingen känning av det." En utlandsfödd man var beroende av hjälp från sin dotter med testning: "Klarar det inte själv med de här fingrarna." En annan utlandsfödd ville inte få ett högt blodsockervärde bekräftat. "Jag har känt att jag ligger dåligt, fått det bekräftat genom HBA1c, då vill man inte veta hur dåligt man ligger...Ligger det högt blir man orolig."

Majoriteten av samtliga män hade inte fått kostinformation på diabetesfotmottagningen: "doktorerna sa ingenting om kosten, bara om skorna." Majoriteten hade inte heller diskuterat kost och kostbehandling i relation till sårhäkning eller kostens inverkan på blodsockret. De som fått kostinformation hade fått detta i mycket begränsad omfattning, uttryckt som: "håll diet...jag ska inte äta fet mat". Samtliga svenska män hade haft dietistkontakt vid något tillfälle, medan knappt hälften av de utlandsfödda hade träffat dietist. Dietistkontakten kunde ligga långt tillbaka i tiden, vanligtvis i samband med meddelande av diabetesdiagnos. Hälften av de svenska männen hade träffat dietist på dagvården, vilket endast ett fåtal av de utlandsfödda gjort. De män som inte behärskade svenska språket kunde inte heller delta i dagvårdens information.

Bägge grupperna angav att "kosten var viktig" och att man försökte följa de rekommendationer man fått. Dock fanns i bägge grupperna flera exempel där man angav svårigheter att tillämpa kostråden. Det var lätt att välja "fel" kost och "ibland tröttnar man". En utländsk man hade fått en broschyr om vilken mat han skall äta men det är "ganska svårt att följa, jag känner mig



*hungrig". En annan utländsk man kunde inte "tillaga recepten, för jag kan inte laga mat". En svensk man "behöver hjälp med motivationen och viss hjälp och stöd att äta rätt, orkar inte vara såduktig hela tiden". Män från bägge grupperna efterfrågade ytterligare kostinformation och några önskade en än mer individuellt anpassad information. Några från bägge grupperna hade fått olika kostråd när de sökt olika mottagningar inom sjukvården. De blev då rådvilla och osäkra på vilket råd de skulle följa: "En del säger att jag får äta vad jag vill. En del säger att jag absolut inte får dricka coca-cola eller läsk eller sådana saker."*

Några av de undersökta i båda grupperna hade fått motionsråd. De råd som gavs var *"du ska inte gå så mycket, inte belasta...gå ut och promenera"*. De män som fått rådet att inte belasta angav att de inte fått något förslag till motion där man inte belastar foten. Knappt hälften av både de svenska och utlandsfödda männen angav att de promenerade regelbundet. Några män cyklade och någon gick till sjukgymnast. Sårsläkning kopplat till kost och motion hade inte diskuterats i någon större utsträckning med någon av grupperna.

Samtliga svenska och en majoritet av de utlandsfödda männen hade haft fotsår. Cirka hälften av männen från bägge grupperna skötte själva sin sårvård eventuellt med assistans från hemsjukvård eller vårdcentral. Anhöriga till svenska män deltog i högre grad än de utlandsfödda i sårvården. Det var främst männens fruar som var behjälpliga med att *"lägga om och kleta på salva"*. En svensk mans dotter hade också hjälpt till. Flera av de svenska männens fruar hade egen erfarenhet av sjukvårdsarbete. Som svar på frågan hur sårsläkning skulle kunna förbättras fokuserade flertalet av de svenska männen på att avlasta, ej belasta foten, att använda bra skor och att ha god sårvård. Man *"tror (att) gipsningen var bra och att behandlingsskor är bra för fötterna"*. De utlandsföddas svar uppvisade en stor variation. Det handlade främst om att få god fotvård, sköta kosthållning och att ha ett välinställt blodsocker och i några fall även användning av alternativa behandlingsformer (akupunktur, biotronlampa och bön). Ingen svensk man angav alternativa metoder.

Grupperna hade olika syn på komplikationer relaterade till diabetessjukdomen. De utlandsfödda männen försökte må bra psykiskt för att förhindra uppkomsten av komplikationer: *"Humöret är viktigt, att inte tycka synd om sig själv...hjälpa till så gott man kan."* Humöret, ledsenhet och nedstämdhet påverkar: *"Jag hälsar på en bekant, så sitter vi och pratar lite grand...utnyttjar naturen."* En majoritet av de utlandsfödda tänkte också på kosten: *"Jag måste anpassa maten."* De svenska männens svar på vad som kunde förhindra

komplikationer varierade. De såg komplikationer som något som *”följer med diabetesen...går inte att göra så mycket åt. Jag har accepterat att det är en progressiv sjukdom, blir bara sämre”*.

Samtliga män, både de svenska och utlandsfödda, var mycket nöjda med det medicinska omhändertagandet. Ingen av grupperna uppfattade några större problem på fotmottagningen som beskrevs som välfungerande. Bägge grupperna förväntade sig att få möta medicinskt kunnig personal och *”få den behandling jag behöver...de ska göra så jag blir bra, att (såret) ska läkas”*. Den ideala doktorn och sjuksköterskan beskrevs som medicinskt kompetenta med ett gott bemötande som skall kunna *”lyssna på patienten...ta sig tid och tala om det som är dåligt och bra ”*. Männerna uttryckte att personalen på mottagningen hade dessa egenskaper.

Bägge grupperna fick regelbundet kallelser till fotmottagningen och inga problem angavs för väntetiden till eller på fotmottagningen. När man hade akuta fotproblem blev man omgående omhändertagen och fick hjälp. Några av de utlandsfödda männen hade upplevt väntetid för att få komma till fotvårdsspecialist och uttryckte oro över att det blivit svårare att få tid till fotvårdsspecialist: *”Tidigare när jag gick regelbundet, hade jag aldrig problem med fötterna. När det togs bort och jag försökte sköta (fötterna) själv (fick jag problem). Det blir en besparing på kort sikt, men dyrare på längre...Att komma till (fotvårdsspecialist) är nästan omöjligt. Du får tjata och tjata länge.”* En av männen poängterade att det var viktigt att få behandling av fotvårdsspecialist på fotmottagningen d.v.s. fotvårdsspecialist med diabeteskompetens: *”fotvårdsspecialist på stan, inte så tryggt att gå dit.”* En svensk man var besviken över att han inte erbjöds kontakt med fotvårdsspecialist: *”att han aldrig fått den hjälpen.”*

De flesta männen hade haft sina fotproblem under lång tid och hade lång erfarenhet av kontakt med kliniken. De ansåg att den specialiserade diabetesfotmottagningen var en god modell för organisation av vård och man var nöjd med den givna vården. Flertalet av de utlandsfödda och ganska många av de svenska männen trodde inte att personalen hade önskemål om att förändra mottagningen. De svar som framkom handlade främst om att utöka personalstyrkan på mottagningen och då främst en utökning av *”fotvårdsspecialisterna...mer personal för att kunna ta hand om fler patienter snabbare”*. Några från bägge grupperna tog upp frågan om en utökning av mottagningens lokaler och nyanskaffning av inventarier: *”mer utrymme...mer plats...fler stolar som kan höjas, så de slipper krypa på golvet.”*

Några av både de svenska och utlandsfödda männen angav att de trodde att personalen önskade få arbeta mer med förebyggande vård. Några män uttryckte också önskemål om att de själva skulle kunna få besöka fotmottagningen och fotvårdsspecialist i förebyggande syfte. En man var *"lite orolig att något händer mellan besöken som (han) inte själv kan bedöma...man kan sin sjukdom (men) kanske man missbedömer det...Hur du än tittar på dem (fötterna) så kan du inte se allting"*. Flera män önskade att få vara kvar på specialistmottagningen och inte utremitteras till vårdcentralen. Förslag framkom från några svenska män att fotmottagningen skulle byta samarbetspartner: *"Plastikkirurgerna är de som endokrinologerna skulle samarbeta med. De har mer känsla för sårbildning, sårläggning. Jag tror inte ortopederna riktigt har känsla för att det här är ett allvarligt tillstånd."*

Flera patienter talade om att det var viktigt att ha ett fungerande vårdteam omkring sig. Några poängterade att kurator, psykolog, psykiater självklart skall ingå i teamet. En svensk man uttryckte varför detta var väsentligt: *"är du dånig till psyket så försämras din fot också"*

### **3.2. Utvärdering av organisationen ur patienternas perspektiv**

Fotvårdspatienten behöver ofta vård på olika avdelningar och mottagningar. Denna så kallade vårdkedja innebär för fotpatienten kontakt med diabetesfotmottagningen, andra avdelningar inom sjukhuset (t.ex. avdelningen för diabetesvård, röntgen, kliniskt fysiologiska laboratoriet, ortopedtekniska avdelningen, avdelningen för fotkirurgi, gipstekniker), vårdcentral samt hemsjukvård.

Både de svenska och de utlandsfödda männen hade en gemensam positiv erfarenhet av kontakten med andra avdelningar inom sjukhuset. Det fanns män från bägge grupperna som angav väntetid till den ortopedtekniska avdelningen: *"oerhörd lång väntetid, 2½ månad...fick vänta 5 månader."* Några hade också erfarenhet av väntetid för specialskor: *"skulle sy nya skor, tar alldeles för lång tid. Man blir knäckt, kan inte gå (vänta) 3-4 månader."* Några män från bägge grupperna hade inte upplevt några väntetider: *"Jag fick skorna samma dag."*

Majoriteten av männen hade inte haft kontakt med vårdavdelningen för diabetesvård. Av dem som haft kontakt med avdelningen var i stort sett samtliga nöjda med den givna vården och personalen beskrevs som *"vänliga, väldigt bra. Ett fantastiskt bemötande från all personal"*.

Några svenska män hade en avvikande erfarenhet. En svensk man *"kände sig knäckt av att personalen inte lyssnade"*. Denne man saknade *"sjukgymnast för att få hjälp att komma igång"* (med rehabilitering). En annan svensk man reagerade på väckningstiden. *"Det var perfekt allting förutom (att jag) reagerar starkt mot påmorgnarna väcktes 5.45. Sen fick inte frukost förrän 8.10. Som diabetiker skall man inte behöva vänta (så länge på mat)."*

Erfarenheterna av kontakter med olika enheter utanför fotkliniken beskrevs som välfungerande med undantag av kontakten med vårdcentralen. Personalens kunskaper om diabetes uppfattades som bristfälliga. Detta var dock mer uttalat bland de svenska männen och uttrycktes som att *"de kan inget om diabetes...har inte utbildning på fotsår"*. Männen var också osäkra på vårdcentralens förmåga att *"klara sårläggning"*. I bägge grupperna fanns några män som var nöjda med den vård de fått. T.ex. fanns en man som var nöjd med den diabetesutbildning som han deltagit i vid vårdcentralen. Han hade fått utbildning i grupp vid flera tillfällen.

En majoritet av männen hade inte anlitat hemsjukvården. De som haft kontakt hade positiva erfarenheter av den vård som meddelats. Exempel på deras uttalande var: *"det var härligt när de kom hem, de gjorde vad de skulle."* Uppfattningen om väntetiderna varierade men var vanligtvis oproblematiske.

Männen var rädda om sina fötter och flera män från bägge grupperna uttryckte oro över att det blivit svårare att få tid för besök på vårdcentralen och mottagningstid till diabetesmottagningen: *"Saknar att jag inte kan komma till läkaren (vårdcentralen) när jag har behov...utslängd från 51:an...tillhör vårdcentralen som aldrig kallar mig på diabeteskontroller."* Önskemål framfördes om att få besöka diabetesmottagningen oftare: *"Tidigare kallades jag till läkarbesök (diabetesmottagningen) oftare."* Det har *"blivit glesare och glesare mellan läkarbesöken"*.

Ur patientsynvinkel upplevdes samarbetet inom vårdkedjan som välfungerande för bägge grupperna. Samarbete fungerade också bra mellan fotmottagningen, patient och anhöriga. Några svenska män angav att de alltid hade sina fruar med vid mottagningsbesök. Flera av de utlandsfödda männen hade haft barnen med och ibland var de behjälpliga med tolkning: *"Sonen kommer alltid med till fotmottagningen och tolkar vid behov."*

Samarbetet mellan patient och vårdcentral beskrevs som välfungerande av flertalet av männen från bägge grupperna. Dock fanns bland både de utlandsfödda och svenska männen flera exempel där samarbetet inte fungerat: *"Jag har haft samma doktor i 5 år. Känns inte som han tycker jag är tillräckligt sjuk, inte engagerad...jag hade en nagel som var för lång. Jag hade svårt klippa den. Fick till svar att vi behandlar såret inget annat."*

Fotmottagningens samarbete med hemsjukvård, vårdcentral och avdelningen för diabetesvård beskrevs som problemfritt av bägge grupperna: *"Fungerat jättebra. Det kan inte va bättre."* Samarbetet mellan fotmottagningen och vårdcentralen alternativt hemsjukvården skedde via remisser och telefonkontakter. Det var endast ett fåtal patienter som behövt anlita både fotmottagningen, avdelningen för diabetesvård, vårdcentral och hemsjukvård.

Flertalet av männen i bägge grupperna angav att de skulle söka hjälp av professionell vårdgivare, huvudsakligen vid fotmottagningen och i några fall vid vårdcentralen om de inte klarade av egenvården. Man kombinerade den professionella uppföljningen med att få hjälp från sina fruar (den populära sektorn av hälsovården) eller av distriktsjuksköterskan eller hemsjukvården (den professionella sektorn).

Religionen angavs ha en större betydelse för de utlandsfödda männen än för de svenska. Närmre hälften svarade att de bad till Gud och kände sig stärkta av denna hjälp. De utlandsfödda männen hade två olika förhållningssätt: *"Man får tacka Gud för att det är en prövning man blivit utsatt för"* och *"jag tror Gud, men det är läkarna som bestämmer."*

Alternativa behandlingsformer användes i liten utsträckning av männen i båda grupperna. Dock fanns det män som prövat alternativa behandlingar såsom hälsokostpreparat, t.ex. vitlökestabletter, fiskleverolja och akupunktur. En utländsk man angav att han *"använder inget annat än läkaren sagt"* och en annan sa att *"han hört att om man badar i en sjö och bli frisk. Det finns ett slags sand man kan gräva sig i. Hade det varit ett alternativ hade läkaren rekommenderat sådana saker."*

En ganska stor andel i båda grupperna kände till vem som var ansvarig för deras behandling. De kunde namnge den ansvarige läkaren. De som inte kunde ange vem som var ansvarig talade istället om och föreslog någon annan person i diabetesteamet: *"hon som gör vid det (såret)...en syster, en kvinnlig fotvårdare, minns inte hennes namn."*

## 4. Diskussion

### 4.1. Metoddiskussion

I denna utvärdering valdes en studiedesign med kvalitativ metod för att få fördjupad kunskap om vården och organisationen ur patienternas perspektiv. När syftet är att få kunskap om patienters egna tankar, åsikter och uppfattningar är den kvalitativa intervjumetoden att föredra framför strukturerade frågeformulär (Krueger, 1994:10-15; Øvretveit, 2001:133; Patton, 1990:279). Genom att ställa kontrollfrågor och be patienten förtydliga om något är oklart blir den kvalitativa analysen djupare än den kvantitativa, vilket är en fördel i jämförelse med kvantitativ forskning och trovärdigheten kan ökas (Krueger, 1994:28, 30, 33; Øvretveit, 2001:134; Patton, 1990:13-14).

Forskningsresultatet, d.v.s. den information som framkommit, är i hög grad beroende av intervjuarens skicklighet (Kvale, 1997:136-137; Patton, 1990:279). "Intervjuarens yrkesskicklighet består i att göra det möjligt för personerna att reflektera över och utveckla sina tankar utan påverkan av intervjuarens förutfattade mening" (Øvretveit, 2001:135). Intervjuerna är utförda av två personer med lång erfarenhet och kompetens i diabetesvård; en disputerad diabetessjuksköterska med mångårig erfarenhet av forskarstudier av invandrare med diabetes samt vård- och organisationsfrågor och en socionom med lång kuratorserfarenhet från arbete med diabetespatienter med diabetiska fotsår. Den förförståelse och erfarenhet av diabetesvård som de båda forskarna hade var fördelaktigt vid intervjuerna och för tolkningen av materialet

En viktig väg att öka en studies styrka och trovärdighet är genom forskartriangulering då flera åsikter, uppfattningar och tankegångar framkommer (Patton, 1990:187-188) I utvärderingen läste två oberoende personer; (författaren till utvärderingen och en erfaren forskare och disputerad sjuksköterska) originalutskriften, diskuterade analyser och sammanställningen av utvärderingen.

För att patienterna skulle känna sig fria att kunna uttrycka sina egna tankar och åsikter utan att påverkas av något eller någon på fotmottagningen skedde intervjuerna utanför fotmottagningen och i några fall i patienternas bostad. Ingen av intervjuerna var involverade i

patienternas medicinska omvårdnad, vilket annars skulle ha kunnat påverka resultatet och dess trovärdighet.

Vid insamlande av data har två kvalitativa metoder använts, dels individuella intervjuer och dels fokusgrupps-intervjuer. Fokusgrupps-intervjuer gick inte att genomföra med de utlandsfödda deltagarna p.g.a. gruppens heterogena sammansättning där deltagarna talade olika språk samt att deltagarna själva önskade enskilda intervjuer. Dock hade redan två fokusgrupps-intervjuer med svensktalande män genomförts innan intervjuerna med utlandsfödda kom igång. Därefter intervjuades de resterande svenska männen enskilt. Fokusgrupps-intervjuer har fördelar, enligt Krueger, då deltagarna genom diskussion med varandra stimulerar varandra till att flera och olika, ibland omedvetna, åsikter och uppfattningar kan komma fram (Krueger, 1994:10-15). Øvretveit menar att samma information kan framkomma genom individuella intervjuer som vid fokusgrupps-intervjuer, dock är individuella intervjuer mer resurskrävande och tar längre tid att genomföra (Øvretveit, 2001:133-135).

Den undersökta gruppen består av svenskfödda män och män födda utomlands (se tabell). Inom den utlandsfödda gruppen har flertalet män invandrat från länder i Europa och endast ett fåtal män kommer från icke europeiska länder (fyra personer). De män som invandrat från Europa representerar flera olika länder med få deltagare från samma land, dock ingår flera personer från f.d. Jugoslavien (fem personer). De utlandsföddas gruppammansättning kan tänkas dölja en eventuell inomgruppsvariation då antalet deltagare från samma land med likartad kulturell bakgrund är få. Detta skulle kunna vara en förklaring till varför så få skillnader framkommit mellan den utlandsfödda och den svenska gruppen. Vidare är vistelsetiden i Sverige för flertalet av männen lång, i medeltal 28 år. Flertalet av männen har därmed lång tid levt i den svenska "livsvärlden", vardagsvärlden och flera talar det svenska språket vilket kan ha minskat de eventuella skillnader mellan livsvärldar som kan ha funnits när männen bosatte sig i Sverige.

Det fanns inget register över vilka patienter som tidigare sökt vård på fotmottagningen varför ett konsekutivt urval av deltagarna var det enda möjliga tillvägagångssättet. Detta innebar att vi inte heller hade vetskap om de utlandsföddas nationalitet. De personer som besökte mottagningen tillfrågades och de som accepterade att delta fick ingå i studien och flertalet av

de utlandsfödda var invandrare från länder i Europa. För att få klarhet i om detta kan tänkas ha påverkat undersökningresultatet krävs ytterligare studier.

Resultaten från kvalitativa studier är begränsade beträffande möjligheten att utifrån resultaten göra generaliseringar. Dock kan, vid noggrant genomförda studier, resultaten överföras till andra patienter med liknande karakteristiska (Krueger, 1990:32-34).

#### **4.2. Utvärdering av vårdinnehållet**

Denna studie visar på skillnader mellan grupperna beträffande hur männen kunnat använda, ta del av, vård som är väsentlig för den som har diabetes. Detta gäller både den vård som givits på fotmottagningen och tidigare vid andra mottagningar. De utlandsfödda har inte i samma utsträckning som de svenska männen kunnat ta del av den vård som funnits tillgänglig. På fotmottagningen hade såväl svenska som utlandsfödda män fått kostrådgivning i begränsad utsträckning. Men de utlandsfödda hade inte tidigare i lika hög grad fått kostinformation och inte besökt fotvårdsspecialist i samma utsträckning som de svenska männen. En utlandsfödd som haft diabetes under många år hade inte en egen blodsockermätare. På fotmottagningen hade de utlandsfödda som inte behärskade det svenska språket sämre tillgänglighet till mottagningen då tolkhjälp inte alltid gick att få vid akuta besök och svårigheter att få kontakt via telefon. Färre utlandsfödda hade fått information om hud- och fotvård på fotmottagningen och ingen utlandsfödd hade parkeringstillstånd. De utlandsfödda som inte behärskade det svenska språket kunde inte delta i dagvårdsinformationen. De utlandsfödda hade också i lägre grad hjälp av anhöriga med sårvård.

Bägge grupperna var nöjda med den givna vården som de hade en likartad positiv erfarenhet av. Några större skillnader i livsvärldsperspektiv kopplade till kulturella uppfattningar (Bäck-Wiklund, 1998:71-85) mellan grupperna återfanns inte. Detta kan eventuellt förklaras av en dold inomgruppsvariation i den utlandsfödda undersökningsgruppen. Det var få deltagare från länder utanför Europa. Det är också få deltagare som invandrat från samma land i Europa, undantaget de som invandrat från f.d. Jugoslavien. Det kan eventuellt finnas skillnader i uppfattning som inte framkommit p.g.a. denna heterogena gruppammansättning varför fördjupningsstudier är nödvändiga. Vid en tidigare studie där svenska kvinnor jämförts med kvinnor som invandrade från forna Jugoslavien fanns skillnader mellan grupperna kopplade



till kulturella uppfattningar vilket påverkade kvinnornas uppfattning om hälsa, hur de sökt vård och hur de praktiserade sin egenvård vilket också talar för att ytterligare studier är motiverade (Hjelm 1999).

Bägge grupperna uppfattade kliniken som välfungerande med hög medicinsk kompetens och där personalen gav ett bra bemötande. Detta var väsentligt då diabetessjukdomen ställer höga krav i vardagen (William-Olsson, 1986:15-22; Ternulf Nyhlin, 1990:27-35; Gåfvells, Lorenz, 1999:23-24) och det kan vara svårt att ha kontroll på de olika saker som var för sig och tillsammans höjer blodsockret. Därtill leder fotsår till ökad risk för amputation, vilket kan skapa ångest (William-Olsson, 1986:117; Brod, 1998:368) som vanligtvis påverkar blodsockervärdet negativt (Wilkinson, 1991:784-791) vilket ökar kraven ytterligare. I dessa situationer är det synnerligen väsentligt att få stöd och uppmuntran från personal, vilket utvärderingen visat att männen fått. Personalen gav "*all information*", "*man lyssnar väldigt lyhört*" och "*de försöker besvara ens frågor*". Personalens positiva professionella bemötande var ett stort stöd för männen, "*en stor trygghet*". Vissheten om hög medicinsk kvalitet av vård och behandling vid fotmottagningen ingav männen hopp om att "*såret skulle läka*". Männen trodde att personalen skulle kunna påverka och förbättra deras situation. Detta tillsammans med att flera patienter uppmanats att ta förnyad kontakt om nya problem skulle uppstå och tidigare erfarenhet av att de blivit akut omhändertagna när de haft problem ökade männens tillit till och stöd från personalen. Det finns anledning att tro att männens visshet om hög medicinsk kompetens tillsammans med personalens bemötande ökat känslan av kontroll och därmed lett till en sänkning av stressnivån (Karasek, Theorell, 1990:68-70; Theorell, 2002:289; Johnson, 1986:113-117).

Bemötandet angavs som positivt av samtliga män. Dock hade två män negativ erfarenhet av bemötandet från en person i kassan. Det är väsentligt att "*vården fungerar som en enhet och att alla anställda bidrar med sitt kunnande och professionella bemötande*" (Fallberg, Svanberg, 2000:18).

För att få aktiva och trygga patienter krävs förutom medicinsk kompetens och bra bemötande också en god språklig kommunikation (Socialstyrelsen, 1999:13). För att detta skall bli verklighet även för de utlandsfödda krävs att de, även i akuta situationer, kan få tillgång till tolk. Det är diskutabelt om anhöriga överhuvudtaget skall anlitas som tolkar inom sjukvården. Viktig information kan gå förlorad alternativt förvrängas både för patient och för personal.

Det är inte i alla situationer som man som patient, varken kan eller önskar berätta om saker av personlig karaktär när anhörig är närvarande. Osäkerhet kan råda om anhöriga besitter de språkkunskaper som krävs för att klara tolkuppdraget. Genom att anlita anhörigtolkning kan man riskera att patienten kommer i beroendeställning till den anhörige. Det är därför väsentligt att anlita professionell tolk. Tidigare forskning har visat att diabetespersonal haft svårigheter att kommunicera med invandrare vilket resulterade i att speciella utbildningsprogram för personalen föreslogs (Hjelm, Isacson, Apelqvist, 1998).

Åtgärder behöver vidtas för att leva upp till Hälso- och sjukvårdslagens intentioner att vården skall "vara lätt tillgänglig" (HSL, 1982:763:§ 2a). Utvärderingen visade på svårigheter att nå fotmottagningen telefonledes vilket behöver förbättras. Befintliga telefontider till diabetessjuksköterskorna på diabetesmottagningen behöver utökas. Genom att planera sköterskornas telefontider så att telefontiderna överlappar varandra blir telefontiderna längre och därmed utökas möjligheterna för patienter att få kontakt. Genom att låta undersköterskor boka telefontider till diabetessköterskorna och låta sköterskorna ringa upp patienterna på en överenskommen tid, skulle tillgängligheten kunna ökas. Ett annat förslag är att använda telefonsvararens röstbrevlåda där patienterna själva kan tala in meddelande till sin diabetessköterska. Tillgängligheten skulle också kunna ökas om patienterna kunde få kontakt via minicall. Att låta patienterna kontakta via e-post skulle öka tillgängligheten för dem som har tillgång till dator. Enligt sjukhusjurist Wennerberg (2001-04-02 U-MAS) ställer detta kommunikationssätt höga krav på sekretess då man inte kan vara helt säker på att det är berörd patient som skickat förfrågan. En grundförutsättning för att anlita e-post-korrespondens är att patienten genom ett personligt besök styrkt sin identitet, begärt att få information via e-post och lämnat e-postadress. Genom att utöka fotmottagningens öppettider till flera dagar per vecka kan tillgängligheten förbättras ytterligare. Tolkverksamheten bör ses över så att de utlandsfödda kan få tillgång till tolk när behov finns d.v.s. även i akuta situationer. Detta kan innebära att antalet tolkar kan behöva utökas och att fler tolkar kan behöva utbildas i flera språk. Tillgängligheten för de utlandsfödda skulle redan idag kunna utökas genom en i högre användning sig av telefontolkning vid kontakt med mottagningen, vilket mycket få gör idag.

Flera män från bägge grupperna uttryckte oro för väntetid till fotvårdsspecialist och diabetesmottagningen på den endokrinologiska kliniken. Männerna var rädda om sina fötter och önskade bästa möjliga omhändertagande. Väntetider skapade oro, osäkerhet för att något

skulle hända med fötterna som man inte själv hade kontroll över. Tidigare forskning har visat att incidensen för amputationer minskat vid kontakt med högspecialiserad personal (Apelqvist, Larsson, 2000:75-83). Vad som orsakat väntetiderna är inte kartlagt men utvärderingen visade att flera av männen inte önskade bli utremitterade till vårdcentralerna p.g.a. osäkerhet om vårdcentralernas diabeteskompetens. Det är väsentligt att den endokrinologiska klinikens specialistmottagningar tar sig an patienter med de svåraste problemen och att övriga patienter får vård och hjälp från primärvården och genom vårdcentralerna. Detta kräver en välfungerande primärvårdsorganisation där man kan vara säker på att vårdcentralerna har den diabeteskompetens som krävs för att patienter med trygghet skall kunna vända sig dit (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002a:66-77). Väntetiden till fotvårdsspecialist på fotmottagningen skulle kunna förkortas om ytterligare en fotvårdsspecialist anställdes på mottagningen, vilket flera män föreslog. Männen önskade vara kvar på specialistfotmottagningen och vill ogärna avsluta kontakten med fotvårdsspecialisten, som uppfattades som en garant för att *"inget oförutsett skulle inträffa, som de inte själv kunde bedöma"*. Om det hade funnits någon form av certifikat för fotvårdsspecialister med kompetens att behandla "diabetesfötter" skulle männen med trygghet våga söka och ta emot behandling utanför fotmottagningen, vilket skulle frigöra resurser på fotmottagningen. Patienterna skulle få flera fotvårdsspecialister att välja mellan och därmed större möjlighet att påverka sin vård, vilket skulle kunna öka känslan av kontroll (Theorell, 2002:284-299). För den som lever med en kronisk sjukdom såsom diabetes, som ställer höga krav på egenvård, är det synnerligen väsentligt att väntetider minimeras. Väntetider skapar onödig oro vilket kan öka stressnivån och därmed kan blodsockerbalansen påverkas negativt (Wilkinson, 1991:784-791).

Flera av de svenska männen hade parkeringstillstånd vilket ingen av de utlandsfödda angav. Inget framkommer om orsaken till denna skillnad. Möjliga förklaringar kan vara att de utlandsfödda saknade bil eller att de inte haft kännedom om möjligheten att ansöka om tillstånd. Detta bör undersökas då fotsår och fotproblem ofta medför begränsad rörlighet (Brod, 1998:365-372).

Flertalet av de svenska och ett fåtal av de utlandsfödda männen angav att de fått råd och information om hur de skulle sköta sin hud och sina fötter. Någon förklaring till skillnaden gavs inte men skulle möjligen kunna bero på bristande språkkunskaper hos de utlandsfödda, vilket skulle kunna avhjälpas genom att i högre grad anlita tolk. Utvärderingen visade att

männen inte haft tillräcklig kunskap om sambandet mellan sårhäkning och ett välinställt blodsocker, god kosthållning och motion. Både de svenska och utlandsfödda männen efterfrågade mer hjälp med insulininställning, att förstå sitt blodsocker och mer kost- och motionsinformation, vilket sammanfaller med resultat från tidigare forskning (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002a:66-77; Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002b:677). Personalen koncentrerade sig på såret och sårhäkning (ibid.) och hade inte i någon högre grad efterfrågat patienternas uppfattningar om hälsa och sjukdom och hur de klarat sin egenvård och därmed inte använt sig av männens egna erfarenheter och kunskaper i sårhäkningsprocessen. Detta skulle ha ökat männens egna deltagande i vården, liksom deras möjlighet till kontroll och därmed sannolikt minskat osäkerhet och stress vilket påverkar blodsockerbalansen negativt. Även på en specialistmottagning såsom fotmottagningen är det väsentligt att se till hela patientens situation och inte enbart till foten och sårhäkningen.

För att bli motiverad och aktivt medverkande i egenvården krävs utbildning given av välutbildad vårdpersonal (Socialstyrelsen, 1999:37). Genom att i högre grad låta fotvårdspatienten få del av klinikens dagvårdsresurser skulle männen få ökad kunskap och rådgivning. Om fotpatienter skulle kunna utbildas tillsammans skulle de få möjlighet att diskutera och dela sina erfarenheter av att ha fotsår med andra, vilket tidigare visats vara positivt (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002b:683). På dagvården ges information och råd från teamets olika professioner. Patientutbildningen sker i grupp och leds av diabetessköterska eller dietist. Läkare, fotvårdsspecialist och kurator deltar också i utbildningen. Teamets gemensamma samlade kunskap och kontinuitet ger en ökad kvalitet på vården (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002a:66-77). De utlandsfödda, som inte behärskar svenska språket, har inte tidigare kunnat delta i dagvårdens information. Genom att införa speciella dagvårdsveckor för utlandsfödda där undervisning sker med tolk, skulle även utlandsfödda kunna få information. Enligt Socialstyrelsen (1999:10, 13, 15) uppvisar motiverade och aktiva patienter större följsamhet av givna råd vilket ger ett bättre behandlingsresultat och att de tar ett större aktivt ansvar för sin hälsa, vilket sannolikt leder till större kontroll (Karasek, Theorell, 1990:68-70).

Enligt Socialstyrelsen är en aktiv samverkan mellan patient, familj och vårdteam en förutsättning för en fungerande egenvård (Socialstyrelsen, 1999:37). Det är väsentligt att anhöriga engagerar sig i patienternas egenvård då sjukdomen är kronisk och patienten behöver struktur och planering i vardagslivet för att klara egenvården, vilket också påverkar

anhörigas liv och livsstil (ibid.). Genom att anhöriga är delaktiga i vården blir anhöriga också delaktiga i de krav som sjukdomen ställer och kan stödja patienten. När den medicinska situationen är osäker med risk för amputation ökar även anhörigas krav och oro för såret och sårsläkning. Det är synnerligen väsentligt att personalen i dessa situationer uppmärksammar och är lyhörd även för anhörigas behov av stöd, information och hjälp vilket ökar även anhörigas möjlighet att få kontroll över situationen. Utvärderingen visade att männen anhöriga deltog aktivt i hud-, fot- och sårvård. Detta tyder på att även anhörigas behov av stöd blivit tillgodosett av personalen. Genom att anhöriga i denna studie varit delaktiga i vården kan det antas att de fått större möjlighet att kunna bistå och stödja "patienten" att hantera sin sjukdom. Det kan också antas att anhörigas stressnivå minskats och att deras möjlighet till egen kontroll ökat, då de var delaktiga i vården och därigenom själva kunnat påverka sin egen och "patientens" situation (Fallberg, Svanberg, 2000:25; SOSFS 1996:24 § 2; Theorell, 2002:289-299).

De svenska och de utlandsfödda männen hade olika syn på komplikationer. De svenska männen såg komplikationer som något de inte kunde förhindra eftersom det var en följd av långvarig sjukdom medan de utlandsfödda trodde sig kunna minska komplikationsgraden. De trodde sig kunna påverka sin hälsa genom att må bra psykiskt. De utlandsföddas förhållningssätt leder troligen till en större känsla av kontroll då de trott att de själva kunnat påverka sin situation och innehållet i livet. I en tidigare studie (Hjelm, Nyberg, Isacson, Apelqvist, 1999) har kvinnor från forna Jugoslavien också angivit att de försöker undvika negativa känslor och oro för att må bättre. Det finns all anledning att tro att de utlandsföddas förhållningssätt kan bidra till att de får en förbättrad kontroll över sin hälsa vilket i sin tur påverkar blodsockernivån och därmed upplever de inte kraven från sjukdomen som så stora (Karasek, Theorell, 1990:68-70).

### **4.3. Utvärdering av organisationen**

Utvärderingen visar att vårdkedjan ur patientens perspektiv uppfattas som välfungerande, med ett bra samarbete mellan de olika avdelningarna inom sjukvården och med hemsjukvården. Dock framkom att personalen vid vårdcentralerna, uppfattades ha otillräcklig kunskap om diabetessjukdomen samt om sårsläkning. Liknande resultat har framkommit i en tidigare studie av Hjelm (2002a:66-77). Utbildning av personalen vid vårdcentralerna är nödvändig vilket även tidigare forskning visat (ibid.) Ett utökat samarbete mellan endokrinologiska kliniken

specialistmottagningar d.v.s. diabetes- och fotmottagningen och vårdcentralerna, där kunskapsförmedling och utbildning prioriteras, skulle öka kunskapsnivån hos vårdcentralens personal beträffande diabetesregim och sårvård. Patienternas tilltro till och upplevelsen av stöd från vårdcentralens personal skulle därmed öka vilket skulle leda till att patienterna skulle kunna få större kontroll och känna större säkerhet och trygghet vilket troligen också skulle påverka blodsockret positivt. Patienternas uppfattning av vården på vårdcentralerna skulle därmed kunna förbättras och männen skulle troligen bli mer positiva till att få sin ordinarie diabetesbehandling på dessa mottagningar. För att motverka att patienter får olika information och kostråd måste också undervisning och information om kost ges kontinuerligt.

Flera av männen angav att tillgängligheten till diabetesmottagningen och vårdcentralen hade försämrats vilket orsakat oro och rädsla för att *"något oförutsägbart skulle hända fötterna"*.. Även väntetider till den ortopedtekniska avdelningen och väntetid för skor var ett stressmoment för flera av männen. Väntetiderna orsakade att männen inte fick det stöd och ev hjälp från personalen som de skulle behövt i den osäkra situation de befann sig i med risk för amputation. Nuvarande organisation bygger på att patienten har möjlighet att få akut hjälp via vårdcentralen eller diabetesmottagningen då han/hon behöver diskutera sin egenvård och få hjälp och stöd i sin diabetesregim. Väntetider måste minimeras så långt det är möjligt då de skapar oro och osäkerhet och ställer ökade krav på patienten att själv klara sin egenvård. Tillgång till och kontakt med kunnig personal är synnerligen väsentligt för fotpatienter då de annars inte får det stöd och hjälp som de kan behöva p.g.a. den ovissa, osäkra situation som de befinner sig i. Genom förbättrad tillgänglighet skulle oro, osäkerhet och höga krav på att patienten själv skall klara sårsläkning kunna minskas och möjligheten att få kontroll över sin situationen (Karasek, Theorell, 1990:68-70) och diabetesbehandling öka.

Flertalet av männen var nöjda med den nuvarande organisationen på fotmottagningen. Det kan antas att männens kände sig trygga med det stöd som personalen givit, dess kompetens och medicinska skicklighet vilket hjälpt dem att få kontroll över de krav som sjukdomen ställer. Få av männen behövde anlita alternativa vårdformer utan var mycket nöjda med den vård de fått. De utlandsfödda sökte i högre grad än de svenska männen hjälp via religionen, vilket kan ha olika förklaringar. Religionen har eventuellt en annan roll, betydelse, i de utlandsföddas kultur som stöd och hjälp i svåra situationer.

#### 4.4. Slutdiskussion

Enligt Socialstyrelsen (1999:14) är det av största vikt att diabetespatienten har tillgång till ett fungerande vårdteam. Teamet skall representera olika perspektiv (medicinskt, psykologiskt, socialt, pedagogiskt). På mottagningen finns överläkare i diabetologi, diabetessjuksköterska fotvårdsspecialist med sårvårdskompetens och tillgång till endokrinologiska kliniken dietist och kuratorsresurser. På en specialistmottagning såsom fotmottagningen där patienterna har problem med sina fötter, bör det även finnas tillgång till sjukgymnast för information om lämpliga motionsråd och hjälp med hur patienterna ska belasta fötterna på rätt sätt. Det är väsentligt att kunskapsutbyte och samarbete sker mellan teamets olika professioner för att patienterna skall få allra bästa omhändertagande.

Diabetespersonalens roll har förändrats från att förmedla medicinska fakta till att också vara samtalspartner och stödperson både till patient och anhörig. Personalen måste utgå från patientens uppfattningar, livssituation och behov. Det är viktigt att den emotionella sidan av diabetesvården diskuteras och att personal inte moraliserar eller kommer med "pekpinnar" vilket skapar skuld känslor (Hjelm, Nyberg, Apelqvist, 2002a; William-Olsson, 1986:78; Socialstyrelsen, 1999:15, 37). Det är också väsentligt att personalen tar hänsyn till patienters kulturella olikheter, dess olika bakgrund och beaktar språkliga skillnader för att även de utlandsfödda patienterna skall kunna klara sin egenvård och därmed ta egna initiativ och bli större nyttjare av de faciliteter som vården erbjuder. Tidigare forskning har visat att svenska vårdgivare haft svårt att förstå olika invandrargrupperns olika seder och bruk varför speciella utbildningsprogram föreslogs för att öka vårdgivarnas kunskap (Hjelm, 1998; Socialstyrelsen, 1999:37-38).

Även patientens roll har förändrats från att vara passiv mottagare av information och behandling till att vara den som tar eget ansvar för sin sjukdom. Detta innebär att patienten både fått större frihet att själv bestämma men också ökade krav på att själv klara sin vård och behandling. Målsättningen är att patienten i alla vardagens situationer själv skall kunna behärska, ha kontroll över, sitt liv. För att kunna detta krävs dels medicinska kunskaper men också att patienten kan förstå vad diabetessjukdomen innebär. Förståelse skapas genom att patienten reflekterar och drar egna slutsatser av sina erfarenheter. Patienten måste ges tillfälle att även få tala om de känslor och problem som kan uppkomma vid denna kroniska sjukdom. (Saleh Stattin, 2001; William-Olsson, 1986:79; Socialstyrelsen 1999:15, 37).

I dagens diabetessjukvård är personalteamets stödjande funktion väsentlig för att diabetespatienten skall kunna ta kontroll, d.v.s. kommando, över sin vardag och klara de krav som sjukdomen ställer och därmed förbättra sin blodsockerkontroll.

## 5. Källförteckning

### 5.1. Referenser

Apelqvist, Jan, Larsson, Jan (2000) What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 16 (suppl 1), 75-83.

-Brod, Meryl (1998) Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of Life Research*, 7, 365-372.

Bäck-Wiklund, Margareta (1998) "Fenomenologi: Livsvärld och vardagskunskap" i Månson, Per, red,: *Moderna samhällsteorier. Traditioner riktningar teoretiker*. Stockholm: Bokförlaget Rabén Prisma. Femte upplagan.

Fallberg, Lars H (1998) *Vi värderar vården. Hur personer med diabetes värderar kvaliteten i vården. Delrapport 1*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Fallberg, Lars, Svanberg, Kerstin (2000) *Vi värderar vården. Hur personer med diabetes värderar kvaliteten i vården. Delrapport 2*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Gåfvells, Catharina (1997) *The people behind the disease*. Umeå: The Departments of Social Medicine and Medicine. University of Umeå, Sweden.

Gåfvells, Catharina, Lorenz, Karin (1999) *Diagnos Diabetes och alla känslor inombords*. Stockholm: Förlagshuset Gotia AB.

Hjelm, Katarina, Isacson, Åke, Apelqvist, Jan, Sundquist, Jan, Nyberg, Per (1996) Foreign- and Swedish-born diabetic patients--a population-based study of prevalence, glycaemic control and social position. *Scand J Soc Med*, 24(4), 243-252.

Hjelm, Katarina, Apelqvist, Jan, Nyberg, Per, Sundquist, Jan, Isacson, Åke (1997) Health, health care utilization and living conditions in foreign-born diabetic patients in southern Sweden. *J Intern Med*, 242(2), 131-141.

Hjelm, Katarina, Isacson, Åke, Apelqvist, Jan (1998) Health care professionals' perceptions of beliefs about health and illness in migrants with diabetes mellitus. *Practical Diabetes International*, 15, 233-237.



- Hjelm, Katarina (1998) *Migration, health and diabetes mellitus. Studies comparing foreign- and Swedish-born diabetic subjects living in Sweden*. Lund: Department of Community Health Sciences. Lund University, Sweden.
- Hjelm, Katarina, Nyberg, Per, Isacson, Åke, Apelqvist, Jan (1999) Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1147-1159.
- Hjelm, Katarina, Nyberg, Per, Apelqvist, Jan (2002a) The diabetic foot-multidisciplinary management from the patient's perspective. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6(2), 66-77.
- Hjelm, Katarina, Nyberg, Per, Apelqvist, Jan (2002b) Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 673-684.
- HSL 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- Johnson, Jeffrey V (1986) *The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden*. Stockholm: Department of Psychology, University of Stockholm, Division of Environmental and Organizational Psychology.
- Johnson, Jeffrey V, Hall, Ellen M, Theorell, Töres (1989) Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health*, 15, 271-279.
- Karasek, Robert, Theorell, Töres (1990) *Healthy Work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc.
- Krueger, Richard A (1994) *Focus groups. A practical guide for applied research*. California USA. Sage Publications, Inc. Second edition.
- Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Patton, Michael Q (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage Publications, Inc. Second edition.
- Price, Patricia, Harding, Keith (2000) The impact of foot complications on health-related quality of life in patients with diabetes. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 4(1), 45-49.
- Ragnarson Tennvall, Gunnel, Apelqvist, Jan (2000) Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 14, 235-241.
- Saleh Stattin, Nuha (2001) *Immigrant patients with diabetes. How they understand, learn to manage and live with their diabetes*. Uppsala: Tryck & Medier.
- Socialstyrelsen (1999) *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Version för hälso- och sjukvårdspersonal*.

SOSFS 1996:24 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.*

SOS (2001) Sveriges Officiella Statistik. *Befolkningsstatistik, 20011231.*

Starrin, Bengt (1996) "Grounded Theory - En modell för kvalitativ analys" i Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt, red.: *Kvalitativa studier i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.

Starrin, Bengt, Renck, Barbro (1996) "Den kvalitativa intervjun" i Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt, red.: *Kvalitativa studier i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.

Ternulf Nyhlin, Kerstin (1990) *Patients' experiences in the self-management of diabetes mellitus. Walking a fine line.* Umeå: Department of Internal Medicine, University of Umeå.

Theorell Töres (2002) "Kontroll över den egna situationen - en förutsättning för hantering av negativ stress" i Ekman, Rolf & Arnetz, Bengt, red.: *Stress Molekylerna- individen - organisationen-samhället.* Stockholm: Liber AB.

Wilkinson, Greg (1991) "Psychological problems and psychiatric disorders in diabetes mellitus" i Pickup, John C, Williams, Gareth, red.: *Textbook of Diabetes.* London: Blackwell Scientific Publications.

William-Olsson, Lena (1986) *Diabetikers livsvillkor.* Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

Øvretveit, John (2001) *Metoder för utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar.* Lund: Studentlitteratur.

## 5.2. Övriga källor

Brev

Gunilla Wennerberg, (chef för Enheten för medicinsk revision / jurist vid Universitetssjukhuset MAS). Brev till samtliga verksamhetschefer daterat 010402.

## 6. Appendix 1 - Tabell 1. Beskrivning av undersökningsgruppen.

Variabler	Svenska män	Utlandsfödda män
Ålder <sup>1</sup>	69 (43-78)	60 (38-74)
Födelseland (n)		
F.d. Jugoslavien		5
Irak		2
Ungern		2
Invandrare i 2:a generationen *		2
Brasilien		1
Finland		1
Frankrike		1
Palestina		1
Antal år i Sverige <sup>1</sup>		28 (1-37)
Skäl för invandring (n)		
Anknytningsinvandring		5
Flykting		4
Arbetsinvandring /få ett bättre liv + 2:a generations invandring		6
Antal år med diabetes <sup>1</sup>	21 (4-44)	18 (5-36)
Diabetesdiagnos given (n)		
I Sverige	15	10
Utomlands		5
Behandling (n)		
Diet	0	0
Tabletter	5	5
Insulin	8	9
Kombination; tabletter och diet	2	1
Komplikationer relaterade till diabetes mellitus (n)		
Ögon	6	7
Njurar	3	4
Hjärta	5	4
Skolutbildning (n)		
Analfabeter	0	1
1-9 år	4	4
10-12 år	5	4
>12 år	6	6

Variabler	Svenska män	Utlandsfödda män
Social position (n)		
Låg	5	9
Medel	8	5
Hög	2	1
Pension (n)		
Ålderspension	10	5
Förtidspension	4	3
Sjukskrivna (n)		
Heltid	0	2
Halvtid	1	0
Arbetsökande (n)		
Deltid	1	0
Förvärvsarbete (n)		
Heltid	0	2
Studerande (n)	0	0
Socialbidrag (n)	0	3
Civilstånd (n)		
Ogift	2	0
Gift	9	11
Sammanboende	0	0
Änkeman	1	1
Frånskild	3	3

<sup>1</sup> median (variationsvidd)

\* Föräldrar från f.d. Jugoslavien och Italien.