



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Diabetessjuksköterskans roll i att främja viktnedgång för personer med diabetes typ 2

- En kvalitativ studie

Författare: Annika Andersson
Helen Roth

Handledare: Vanja Berggren

Magisteruppsats

November 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Diabetessjuksköterskans roll i att främja viktnedgång för patienter med diabetes typ 2

- En kvalitativ studie

Författare: Annika Andersson
Helen Roth

Handledare: Vanja Berggren

Magisteruppsats

November 2013

Abstrakt

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en sjukdom som allt fler människor i världen drabbas av. Detta anses bero på urbanisering, förändrade kostvanor och ett alltmer stillasittande liv. I Sverige beräknas 350 000 - 400 000 personer ha diabetes. Övervikt och fetma anses vara en av de främsta orsakerna till den snabba ökningen av diabetes typ 2. Trots att de flesta är medvetna om överviktens betydelse för att utveckla diabetes kan det vara svårt för diabetessjuksköterskan att motivera patienterna till förändring av deras levnadsvanor.

Syfte: Att belysa diabetessjuksköterskans roll i att främja viktnedgång hos patienter med diabetes typ 2.

Metod: En kvalitativ studie genomfördes. Elva diabetessjuksköterskor verksamma på vårdcentraler i Skåne intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Av analysen framgick det att de flesta patienter var medvetna om sin övervikt. Svårigheten för diabetessjuksköterskan var att få patienten att hitta motivation till att förändra sina vanor.

Diabetessjuksköterskans roll var att vara medhjälpare, stöttare, coach, vägledare, expert och bollplank i denna process. Flera diabetessjuksköterskor ansåg att dagens kultur och samhälle spelade en avgörande roll för utvecklingen av övervikt och diabetes. Diabetessjuksköterskan insåg sin begränsade förmåga att främja patienterna till att ändra sina levnadsvanor.

Slutsats: Diabetessjuksköterskan behöver mer kunskap för att kunna vägleda och stötta patienten att finna motivation till bestående förändring av sina levnadsvanor för att gå ner i vikt och förhindra diabetes. Likaså behövs tydligare och mer konkret information för att påverka befolkningen att förändra sina levnadsvanor, vilket i förlängningen skulle leda till ett sundare liv.

Nyckelord

Övervikt, fetma, viktnedgång, diabetes typ 2, motivation, diabetessjuksköterska

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Problembeskrivning.....	3
Bakgrund.....	4
Syfte.....	10
Metod.....	10
Urval av undersökningsgrupp.....	10
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument.....	11
Genomförande av datainsamling.....	12
Genomförande av databearbetning.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	13
Resultat.....	14
Diskussion.....	21
Diskussion av vald metod.....	21
Diskussion av framtaget resultat.....	22
Referenser.....	27
Bilaga 1 (2).....	33
Intervjuguide:.....	33
Bilaga 2 (2).....	34

Problembeskrivning

Diabetes typ 2 är en välfärdssjukdom som drabbar allt fler människor i hela världen, och i kombination med höga blodfetter kan sjukdomen orsaka ökad och för tidig död (WHO, 2012). Att antalet personer med övervikt och diabetes typ 2 ökar snabbt i världen beror bland annat på urbanisering, förändrade kostvanor och ett alltmer stillasittande liv. Urbaniseringen kan i förlängningen leda till att människor äter mindre näringsriktig mat då den är mindre kostsam (Chan, Malik & Jia, et al., 2009).

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2010) har förändrade kostvanor och för högt intag av mat i kombination med att vi rör oss mindre bidragit till en ökning av övervikt och diabetes typ 2 i Sverige. Övervikt och diabetes typ 2 bidrar till högt blodsocker, blodfettssrubbningsar och högt blodtryck. Att minska i vikt är en metod att komma till rätta med riskfaktorer och förebygga diabeteskomplikationer (a.a.).

Vid övervikt i samband med diabetes typ 2 kan hälso- och sjukvården ha svårt att motivera patienten att ändra sina kostvanor med målet att gå ned i vikt (Dellasega, Anel-Tiangco & Gabbay, 2011). De vanligaste behandlingsprinciperna vid diabetes typ 2 är medicinsk behandling samt att ge patienten kunskap om sin sjukdom (Svenningsson, Gedda & Marklund, 2010). Avgörande för ett lyckat resultat är patientens egenvårdsförmåga. Forskning har visat att det är av vikt att patienten är motiverad, men även diabetessjuksköterskan måste känna motivation inför sin uppgift att stödja patienten till viktnedgång och därmed uppnå bättre behandlingsresultat av sin diabetes typ 2 (a.a.).

I diabetessjuksköterskans kompetensbeskrivning belyses vikten av att stödja patientens egenvård och delaktighet i behandlingen samt förmedla kunskaper inom diabetes och respektera den enskilde individens livssituation (Fernström, Hanås & Johansson et al., 2010). Trots att nästan alla diabetespatienter får information om hur viktigt det är med fysisk aktivitet och viktnedgång är det få som inser hur de kan påverka diabetessjukdomen och minska risken för komplikationer genom att förändra sina vanor (Holmström & Rosenkvist, 2005).

Bakgrund

Sjukdomen diabetes mellitus har beskrivits redan för 3500 år sedan (Östman, 2010). Själva ordet diabetes kommer ifrån en grekisk läkare som verkade cirka 150 år efter Kristus. Kännetecken på sjukdomen var förekomst av törst och stora urinvängder. Ordet mellitus syftar till urinens honungssöta doft. Under 1800-talets andra hälft fann man att det fanns två former av diabetes: en som drabbade yngre och smala och en som drabbade äldre och överviktiga. I mitten av 1900-talet indelades diabetes i juvenil diabetes med låga insulinnivåer och åldersdiabetes med i regel höga insulinnivåer. Forskningen kring diabetes typ 2 fortskrider alltjämt (a.a.).

Socialstyrelsen tog i slutet av 1900-talet fram riktlinjer för hur diabetessjukvården ska bedrivas i Sverige. Uppföljning, klassificering och kvalitén på vården följs via Nationella diabetes registret (NDR) (Socialstyrelsen, 2009).

Diabetes - prevalens och etiologi

Enligt världshälsoorganisationen (WHO) är diabetes en välfärdssjukdom som cirka 366 miljoner människor i världen beräknas ha, varav diabetes typ 2 står för 85-90 % (WHO, 2012). Asien står för den snabbaste ökningen av antalet personer som insjuknar i diabetes, beroende på den snabba ekonomiska utvecklingen med förändrade kostvanor och minskad fysisk aktivitet som följd (Chan, Malik & Jia, et al., 2009). Asiater insjuknar också i lägre ålder och har ett betydligt lägre BMI vid sjukdomsdebut (a.a.). Av alla personer med diabetes bor cirka 80 % i låg och medelinkomstländer (Östenson, 2012). I Sverige har cirka 340 000 - 400 000 personer diabetes och av dessa har cirka 85 % diabetes typ 2 (NDR, 2012 årsrapport). Denna patientgrupp får till stor del vård inom primärvården (a.a.). Att antalet personer med diabetes ökar i befolkningen beror på att behandlingen av diabetessjukdomen och de sociala villkoren förändrats (Efendic, Groop & Östenson, 2010). Levnadsförhållandena har förändrats både vad gäller kostens sammansättning och mängd samt den fysiska aktiviteten. Övergången till ett mer stillasittande liv har gjort att människan konsumerar 600 kilokalorier mer per dygn än för femtio år sedan. Samtidigt innehåller kosten mer mättat fett och därmed fler kalorier. Diabetes typ 2 tycks vara en kollision mellan vårt arv och vår miljö (a.a.).

I Skåne finns inga aktuella siffror om antalet personer med diabetes typ 2. Enligt nationell kartläggning har cirka 4 % av befolkningen diabetes. I Skåne finns 1,5 miljoner invånare och antalet personer med diabetes skulle då bli 60 000. Av dessa beräknas 85 - 90 % vara personer med diabetes typ 2.

Många människor lever sannolikt med odiagnostiserad diabetes eller förstadier till sjukdomen (Östman, 2010). Diabetes typ 2 kallades tidigare åldersdiabetes. Insjuknandet sker gradvis och den vanligaste åldern är 40-60 år. Sjukdomen kännetecknas av varierande grad av insulinresistens, nedsatt insulinutsöndring och ökad glukosproduktion i levern, vilket leder till förhöjd blodglukosnivå. Insulin är ett hormon som produceras i de Langerhanska öarna i bukspottkörteln. Orsaken till sjukdomen är oklar, men arv och bakomliggande sjukdomar samt livsstil tycks vara avgörande för att utveckla diabetes. Då diabetes delvis är en ärftlig sjukdom kan även smala och hälsomedvetna drabbas, men överviktiga är överrepresenterade (a.a.). En stor andel av personer med diabetes typ 2 är överviktiga och har bukfetma, det vill säga det metabola syndromet (Balkau, 2000; Steyn et al., 2004). Kännetecknen för det metabola syndromet är bukfetma, hypertoni, blodfettssrubbningsar, nedsatt glukostolerans och insulinresistens (a.a.). Det metabola syndromet i kombination med ärftlighet och vår omgivning spelar en avgörande roll för att insjukna i diabetes (Efendic, Groop & Östenson, 2010). När de diabetesrelaterade generna kommer i fel miljö bryter sjukdomen ut. En gång i tiden skyddade dessa gener oss under perioder av brist på mat. Dessa anlagsgener garanterade socker till det centrala nervsystemet och anses vara orsaken till att diabetes bevarats under årtusenden (a.a.). År 2030 förväntas 4,4 % av jordens 8,3 miljarder människor ha diabetes typ 2 (Östenson, 2012). För samhället medför övervikt och diabetes typ 2 och dess komplikationer ökade kostnader för sjukvården. Globalt beräknades kostnaden för diabetes och dess komplikationer uppgå till 12 % av sjukvårdens kostnader (Zhung, Zhang, Brown, et al., 2010; Hu, 2011).

Övervikt

WHO (2013) definierar övervikt och fetma som ”*onormal eller överdriven fettansamling som kan frambringa en risk för ohälsa*”. WHO klassificerar BMI >25 som övervikt och fetma med BMI >30. Enligt Nationella diabetesregistret (2011) har 340 000 - 400 000 personer i Sverige diabetes typ 2. Övervikt förekommer hos 70-80 % av alla svenskar med diabetes typ 2 och

andelen normalviktiga minskar (Socialstyrelsen, 2010). Med normalviktig menas BMI mellan 20-25. Enligt vissa studier är det svårare att gå ned i vikt vid diabetes typ 2 på grund av fysiologiska hinder (a.a.). Vid diabetes typ 2 råder obalans i kroppens glukos-, fett- och kolhydratomsättning med högt blodsocker som följd och för låg insulinfrisättning gentemot behovet (Lager, 2010). Övervikt och fetma, speciellt bukfetma har stor betydelse för utveckling av diabetes typ 2 och dödlighet i hjärt-kärl sjukdomar. Insulinets effekt på bukfetma är lägre än i övrig fettvävnad vilket medför högre nivåer av fria fettsyror i blodet. Vidare ger förhöjda fettsyror ökad insulinresistens i muskulaturen med minskat glukosutnyttjande som följd. Fysisk aktivitet ökar insulinkänsligheten och är därför ett framgångsrikt verktyg att bemästra de fysiologiska hindren som medför viktuppgång och bukfetma hos diabetiker typ 2. Övervikt medför ökad risk att utveckla diabetes typ 2 genom ökad perifer insulinresistens i kombination med genetiskt nedsatt insulinfrisättning. Genom att gå ned i vikt ökar kroppens känslighet för insulin och blodsockret sjunker då automatiskt (a.a.). Socialstyrelsens (2010) riktlinjer rekommenderar livsstilsförändringar, fetmakirurgi (gastric by pass) och läkemedelsbehandling för behandling av övervikt och bukfetma.

Enligt Nationella diabetesregistrets årsrapport 2011 har diabetesvården och samhället en enorm utmaning då förebyggande hälsovård måste prioriteras. Siffrorna som presenteras i årsrapporten visar att hälften av alla män och 60 % av kvinnor med diabetes typ 2 är överviktiga och var fjärde person är fysiskt aktiv mindre än en gång i veckan.

Andelen personer med övervikt och fetma har ökat i Skåne (Fridh, Modén, Lindström, et al., 2013). Av skånska män är 59 % överviktiga och 42 % kvinnor är överviktiga (a.a.). Ett starkt samband finns mellan övervikt och fetma och lägre socioekonomiska grupper och lägre utbildningsnivå (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Diabetessjuksköterskans roll

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet god hälsa på lika villkor för hela befolkningen oavsett var man bor i landet. För att uppnå detta ska vården baseras på kunskap, vara patientfokuserad och ändamålsenlig och ges i rimlig tid (a.a.). Diabetesvården i Sverige grundar sig på de nationella riktlinjerna för vård och behandling vid diabetes (Socialstyrelsen, 2010). Dessa riktlinjer uppdateras kontinuerligt och är ett samarbete mellan Socialstyrelsen,

diabetessjuksköterskeförbundet samt medicinsk expertis (Sörman, 2012). För att uppnå dessa mål finns det på många vårdcentraler en sjuksköterskeledd diabetesmottagning. Kring patienten finns ett team bestående av ansvarig läkare och diabetessjuksköterska, förutom dessa yrkeskategorier kan även dietist, fotvårdsspecialist, sjukgymnast, psykolog och kurator ingå (a.a.). Enligt NDR:s årsrapport 2012 har 80 % av landets vårdcentraler diabetesteam.

Diabetessjuksköterskan är den som står för kontinuitet och samordning i teamet (Sörman, 2012). Hon stödjer och handleder diabetespatienterna så att de får möjlighet att på bästa sätt klara vardagen med gott välbefinnande. Det är viktigt att diabetessjuksköterskan är lättillgänglig för patienterna och lyhörd för patientens egna tankar kring sin sjukdom och förmågan att bedöma sin egenvård. Anhöriga ses som en resurs och bör medverka vid besöken på mottagningen. Det är viktigt att sjuksköterskan träffar ett tillräckligt stort antal diabetespatienter för att skaffa sig erfarenheter och upprätthålla sin kompetens. År 2009 togs nya riktlinjer fram, som innebär 100 % tjänst som diabetessjuksköterska per 400 patienter på en diabetesmottagning (a.a.). Diabetessjuksköterskans roll är att ge patienten och anhöriga kunskap om sjukdomen, följa uppsatta riktlinjer samt få patienten till att utnyttja sin egen kapacitet till förändring av sin situation (Adiseshiah, 2005).

Enligt distriktssjuksköterskans kompetensbeskrivning (2008) innebär arbetet bland annat att främja hälsa och ha fördjupad kunskap om vad som påverkar människors hälsa vad gäller kön, ålder, kultur samt den miljö vi lever i. Det beskrivs också att distriktssjuksköterskan ska stödja patienten och respektera patientens egna val samt arbeta vetenskapligt med beprövad erfarenhet (a.a.).

Det snabbt ökande antalet personer med diabetes har lett fram till ett behov för sjukvården att arbeta förebyggande för att motverka den hotande diabetes epidemin (Kompetensbeskrivning för diabetessjuksköterska, 2010). Sjukvården har bemött detta behov genom vidareutbildning av legitimerade sjuksköterskor. Diabetessjuksköterskan ska ha relevant utbildning med specialistkunskap om 15-30 högskolepoäng i diabetessjukvård. Diabetessjuksköterskan ska självständigt kunna bedöma patientens behov utifrån insamlade uppgifter och tillsammans utforma mål som är realistiska ur patientens, diabetessjuksköterskans och anhörigas perspektiv. Diabetessjuksköterskan ansvarar även för att kontrollera metabolt status och utföra och initiera fysikaliska undersökningar samt justera medicineringen. Hon utarbetar diabetesutbildningar både med individuell inriktning och grupp inriktning. Hon ska vidare

utvärdera och utveckla sin verksamhet systematiskt och fortlöpande hålla sig uppdaterad om ny kunskap och forskning. Möjlighet till vidareutbildning ska subventioneras av arbetsgivaren (a.a.).

Gruppverksamhet

Diabetessjuksköterskan kan med fördel bedriva utbildning om diabetes i grupp (Sörman, 2012; Wikblad, 2012). Syftet med gruppträffarna är att lära sig hantera vardagen när diabetes och övervikt är en del av den. Utbildningen fokuserar inte bara på diabetes och övervikt utan även på känslor, stress, egenvårdsmål och socialt stöd. Vid gruppträffar kan patienter utbyta tankar och erfarenheter med varandra. Diabetessjuksköterskan kan varva teori med praktiska exempel som påverkar vikt och blodsocker. Man kan till exempel promenera i 30 minuter och därefter kontrollera blodsocker för att se hur det påverkas. Detta gör undervisningen mer konkret (a.a.). Det är viktigt att diabetessjuksköterskan som utbildar är medveten om deltagarnas egna tankar om sin sjukdom och egenvårdskapacitet (Rygg et al., 2010). Det är lätt hänt att diabetessjuksköterskan går efter vedertagna program och bortser från patienternas individuella behov och tankar (a.a.). I en studie jämfördes egenvårdsutbildning för personer med diabetes i grupp kontra individuellt (Steinsbekk et al., 2012). Deltagarnas långtidsblodsocker (HbA_{1c}) sjönk signifikant med gruppverksamhet jämfört med individuell utbildning och det låga värdet bestod även vid uppföljningsbesök. I studien framkom att bästa resultat blev det då gruppen bestod av 8 deltagare som träffades vid 8 tillfällen under ett år. Grupp utbildningen gav bestående förändringar i livsstilen, psykosocialt och kliniskt (a.a.).

Egenvård och patientundervisning

Personer med diabetes måste lära sig att utvärdera sin hälsa och avgöra vilka åtgärder som behöver vidtas och sedan klara av att utföra dessa åtgärder, vilket blir möjligt först efter utbildning om diabetes (Surucu & Kizilci, 2012). Utbildning i egenvård innebär att informera, stärka och ge kompetens åt patienten (a.a.). För diabetessjuksköterskan kan Orem's omvårdnadsteori vara användbar i det hälsofrämjande arbetet (Orem, 2001). Utgångspunkten är att människan själv har förmåga att göra sina egna val samt ta ansvar för sin egenvård. Orem beskriver egenvård som utförandet av aktiviteter som patienten själv tar initiativ till och

utför i syfte att uppehålla liv, hälsa och välbefinnande. Ett viktigt delmål för att främja hälsa är egenvård. Egenvård kan vara hälsofrämjande ätande och drickande, fysisk aktivitet, kontroll av stress, social samvaro, vila, att ha en religion och framtidstro. Om inte patientens egenvårdsresurser räcker till för att tillgodose kraven då uppstår ett behov av omvårdnad (a.a.).

Egenvårdsbristen kan bero på otillräcklig kunskap och vara relaterad till individens förmåga att ta till sig ny kunskap, enligt en studie som grundar sig på Orems omvårdnadsteori (Surucu & Kizilci, 2012). Det är viktigt att implementera och understödja individens egenvårdskapacitet och låta individen så långt det är möjligt utföra egenvården själv för att skapa utveckling och främja självkänslan. Det innebär bland annat att individen blir medveten om och är beredd på effekter och resultat av patologiska mätvärden, samt att individen själv kommer till insikt och genomför terapeutiska och rehabiliterande åtgärder såsom att få ögon och fötter undersökta (a.a.). Patientens tro på sin egenkapacitet och ett optimistiskt förhållningssätt till livet är nyckeln till ett sundare leverne och ett välreglerat blodsocker (Debono & Cachia, 2007). Detta uppnås genom utbildning i empowerment och en ömsesidig god relation med diabetesläkaren och sjuksköterskan. Patienten får då en positiv inställning till sin sjukdom vilket motiverar till förändrade levnadsvanor (a.a.).

Patientens motivation är avgörande för att uppnå resultat vad gäller viktnedgång och optimal behandling av sin diabetes typ 2 (Xavier Pi-Sunyer, 2009). Det är av största vikt att omvårdnaden är patientcentrerad och att patienten känner delaktighet och inflytande, det som i litteraturen benämns som ”empowerment” (Dellasega, 2011). Empowerment förväntas ge patienten större möjlighet till samverkan och beslut när det gäller egenvård (Björvell, 1999). För att utveckla en effektiv egenvård är det viktigt att patienten upplever en känsla av sammanhang och medbestämmande (a.a.).

Diabetes och övervikt hanteras och påverkas av patientens beteende och egenvårdskapacitet (Amsberg & Anderbro, 2012). Det är därför viktigt att diabetessjuksköterskan försöker förstå patientens beteende. Med utbildning i kognitiv beteendeterapi (KBT) kan diabetessjuksköterskan få förståelse för patientens handlande och förklaring till varför patienten inte ökar sin fysiska aktivitet för att minska i vikt. Inom KBT sker samtalet med patienten strukturerat och målinriktat. Förhållningssättet är personcentrerat och tanken är att patienten är experten på att leva med diabetes medan diabetessjuksköterskan är expert på

kunskapen kring sjukdomen (a.a.). Kognitiv beteendeterapi har använts i diabetesvården i syfte att förstärka egenvård och förbättra den metabola kontrollen och därmed förbättra livskvalitén (Snoek, 2008).

Det är viktigt att diabetessjuksköterskan har förståelse för att sjukdomen är en del av patientens liv (Bartol, 2012). När behandling övervägs är det viktigt att ha ett brett perspektiv med tanke på patientens arbete, familjeliv och relationer, eftersom dessa faktorer påverkar patientens synsätt och attityder till behandling. Patientens prioriteringar kan se annorlunda ut jämfört diabetessjuksköterskans. Därför är det viktigt att förstå patientens perspektiv för att kunna möta individuella behov. Även om diabetessjuksköterskan har kunskap om de fysiologiska aspekterna kring diabetes så blir inte behandlingen effektiv om inte patienten arbetar mot målen (a.a.).

Syfte

Syftet var att belysa hur diabetessjuksköterskan kan främja viktnedgång hos patienter med övervikt och diabetes typ 2.

Metod

Urval av undersökningsgrupp

Urvalet av diabetessjuksköterskor var strategiskt. Målet med strategiskt urval är att få just de informanter som man tror kan ge svar på studiens syfte (Malterud, 1998). De utvalda informanterna i denna studie var diabetessjuksköterskor som arbetar med mottagningsverksamhet på vårdcentraler i Skåne. Vårdcentralerna valdes med viss geografisk spridning. Inklusionskriterier för diabetessjuksköterskorna var att de skulle ha varit yrkesverksamma i minst 2 år som diabetessjuksköterska och 400 patienter med diabetes skulle vara listade på aktuell vårdcentral.

Författarna kontaktade 7 vårdcentraler på större och mindre orter i Skåne per telefon med frågan om de bedrev diabetesmottagning. Till de vårdcentraler som uppfyllde kraven skickades informationsbrev till verksamhetschefen. Därefter fick författarna information och namn på de diabetessjuksköterskor på aktuell vårdcentral som uppfyllde kriterierna. Informationsbrev om studien skickades ut till aktuella diabetessjuksköterskor. Om svar ej ankom efter 10 dagar kontaktade författarna den tillfrågade per telefon eller mail. Var intervjun med diabetessjuksköterskan skulle ske bestämdes i samråd mellan författarna och respektive diabetessjuksköterska. Några informanter på ytterligare vårdcentraler kom till via snöbollsurval, det vill säga någon informant gav förslag på ytterligare diabetessjuksköterska som också skulle kunna ingå i studien (Trost, 2010). En del informanter valdes med hjälp av bekvämlighetsurval, då författarna fick kontakt med diabetessjuksköterskor under sin specialistutbildningspraktik (a.a.).

Författarna hade för avsikt att intervjua tolv diabetessjuksköterskor. En sjuksköterska avböjde bokad intervju två gånger med förklaring att hon inte hade tid. Sammanlagt genomfördes elva intervjuer på olika vårdcentraler. Författarna upplevde redan efter nio intervjuer att teoretisk mättnad var nådd. Därefter genomfördes ytterligare två redan inbokade intervjuer som bekräftade mättnaden. Intervjuerna ansågs vara klara när författarna inte längre fann några nya skillnader i intervjupersonernas resonemang. Mättnad av intervjumaterialet uppnås när det inte inkommer nya svar på frågorna (Kvale & Brinkmann, 2009; Ekengren & Hinnfors, 2006).

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Vid omvårdnadsforskning används ofta kvalitativ innehållsanalys vilket är lämpligt då fokus ligger på tolkning av olika former av texter (Elo & Kyngäs, 2007). Analysen skedde med en induktiv kvalitativ ansats. Avsikten med en induktiv ansats är att kunna beskriva erfarenheter eller upplevelser och finna samband som gäller generellt (Polit & Beck, 2006; Kvale & Brinkman, 2009). Den kvalitativa forskningsintervjun försöker förstå världen ur de intervjuade personernas erfarenheter, och utveckla en förståelse för deras synsätt (Kvale & Brinkman, 2009). Utmärkande är att frågorna som ställs är enkla, inte allt för långa och raka. Informanternas svar resulterar ofta i att helt nya aspekter träder fram och följdfrågor krävs

(a.a.). En semistrukturerad intervjuguide skapades med öppna frågor utifrån syftet med författarnas forskning (bilaga 1).

Om forskarna har frågor angående sin studie kan en pilotstudie genomföras för att kontrollera att den fungerar som planerat (Polit & Beck, 2006). Till denna studie genomfördes en pilotintervju i april månad 2013, innan själva undersökningen påbörjades för att prova frågornas lämplighet (Allebäck, 2005). I pilotintervjun fanns initialt fler frågor än i bilaga 1. Författarna kom fram till att flera av frågorna inte svarade till syftet med arbetet eller var snarlika varandra. Dessa togs bort och en ny intervjuguide utformades enligt bilaga 1. Pilotintervjun ingår i arbetet då flera av svaren på frågorna var högst relevanta utifrån studiens syfte.

Genomförande av datainsamling

Semistrukturerade intervjuer har genomförts på plats och tid som gemensamt bestämdes med diabetessjuksköterskorna och författarna. Samtliga intervjuer har skett på diabetessjuksköterskornas arbetsplats under deras arbetstid. När intervjupersonerna själv får bestämma tid och plats skapas en gynnsam atmosfär vilket ger en förutsättning för ett förtroendefullt och ömsesidigt samtal (Allebeck & Hansagi, 2005; Repstad, 2007). Intervjuarens funktion är att uppmuntra informanten att prata fritt om ämnet vid en semistrukturerad intervju (Polit & Beck, 2006).

Intervjuerna genomfördes under april - september 2013 och varade mellan 30 - 60 minuter. Intervjuerna har genomförts med båda författarna på plats och spelats in. En av författarna har ställt intervjufrågorna, samtidigt skrev den andra författaren stödanteckningar under intervjuens gång. Enligt Trost (2010) består oftast intervjun av en intervjuare och en intervjuad. Det kan dock vara bra att vara två intervjuare om man är samspelade, detta kan ge en bättre intervju som kan ge större informationsmängd och förståelse. Risken är att informanten kan få en känsla av underläge, vilket bör undvikas (a.a.). Intervjuerna inleddes med att intervjuaren gav en bakgrund till studien och vad syftet var. Intervjuerna avslutades med frågan om informanten hade något ytterligare att tillägga.

Genomförande av databearbetning

Intervjuerna spelades in och transkriberades ord för ord. Intervjuaren kan koncentrera sig enbart på intervjun om en ljudbandspelare används, varefter det då finns möjlighet att gå tillbaka och lyssna på materialet igen (Kvale & Brinkman, 2009). Resultatet av intervjuerna bearbetades genom innehållsanalys grundad på Graneheim & Lundmans (2004) modell. Enligt den bör man fråga sig om den kvalitativa innehållsanalysen ska fokusera sig på manifest eller latent innehåll. Manifest innehållsanalys återger det som direkt uttrycks i texten medan latent innehållsanalys innebär en tolkning av innehållet (a.a.).

En vidare analys av intervjuerna uppnås om de som genomfört intervjuerna läser igenom texten flera gånger för att få en känsla av sammanhang och helhet (Graneheim & Lundman, 2004). Specifika meningar i intervjutexten som är viktiga för frågeställningarna plockas ut men ändå måste annan text finnas kvar så att man får en känsla av sammanhang. Dessa omgivande meningar kallas meningsbärande enheter. För att korta ned texten men ändå behålla det centrala innehållet har de meningsbärande enheterna kondenserats och kodifierats. De nedkortade meningsenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet i texterna. En kod beskriver kortfattat en meningsenhet medan en kategori utgörs av flera koder med liknande innehåll. Den latent eller underliggande meningen formuleras i teman utifrån intervjun. Den ”röda tråden” genom koder och kategorier leder till den latent meningen, det vill säga temat (a.a.).

Författarna har fördjupat sig vid genomgången av de transkriberade intervjuerna och skapat sig ett helhetsintryck för att uppmärksamma likheter och skillnader. En kategorisering och indelning av intervjusvaren har skett manuellt (bilaga 2).

Forskningsetiska avvägningar

Ansökan skickades till vårdvetenskapliga kommittén (VEN) under Mars 2013 för ett rådgivande yttrande som ankom kort efter utan invändningar, VEN 53 - 13.

Intervjupersonerna informeras om syftet med undersökningen och om fördelar och eventuella risker med att delta. Samtliga verksamhetschefer och informanter fick skriftlig information

om studien och samtyckesblankett mailad till sig innan studiens början. I samtycket ska det framgå att undersökningspersonerna deltar frivilligt och kan lämna studien när som helst (Kvale & Brinkmann, 2009).

Insamlat material förvaras lösenordskyddat på författarnas datorer. Bandinspelningarna förvaras inlåsta. Samtligt material förstörs efter godkänd examination av magisteruppsats. Informanterna har kodifierats för att säkerhetsställa konfidentialitet. Konfidentialitet innebär att intervjumaterialet inte går att spåra till någon specifik informant och ska värna om att ingen annan ska kunna ta del av det insamlade materialet (Kjellström, 2012; Polit & Beck, 2006).

Resultat

Resultatet grundar sig på elva diabetessjuksköterskors erfarenheter av att främja viktnedgång hos patienter med övervikt och diabetes typ 2. Samtliga informanter var legitimerade sjuksköterskor, kvinnor och i åldern 40 - 60 år. Sex informanter var distriktssjuksköterskor. Alla hade vidareutbildning i ämnet diabetes varav antalet högskolepoäng varierade från 7,5 högskolepoäng till 40 högskolepoäng. Antalet år de varit verksamma som diabetessjuksköterska varierade från 2 - 16 år.

Analys och bearbetning av intervjumaterialet resulterade i tre huvudkategorier med sju underkategorier (bilaga 2). De tre huvudkategorierna är: *Diabetessjuksköterskans vardag* med underkategorierna Expert och vägledare samt Motivera patienten; *Förändringar i samhället*, med underkategorierna Kulturella perspektiv och Samhällsekoniskt perspektiv; *Preventiva åtgärder* med underkategorierna Begränsade resurser, Gruppverksamhet och Önskade åtgärder.

Diabetessjuksköterskans vardag.

Diabetessjuksköterskans roll är mångfasetterad. Informanterna har många benämningar på sin funktion, bland annat som bollplank, medhjälpare, stöttare, expert, coach, detektiv och vägledare. En del informanter ser det som sin främsta uppgift att uppmuntra till livsstilsförändring. Många patienter uttrycker i mötet med diabetessjuksköterskor att de är medvetna om sin övervikt. Svårigheten för patienterna är att ändra sina levnadsvanor och att sedan hålla fast vid detta.

”Gemensamt för personer med övervikt är att de vet om att de är tjocka men vet inte hur de ska göra för att gå ner i vikt”

Expert och vägledare

Som diabetessjuksköterska är det viktigt att visa ett genuint och verkligt intresse för patienten. Detta grundar för en givande relation och en hjälp till att bygga upp självkänslan hos patienten. Informanterna menar att diabetessjuksköterskan är vägledaren som tillsammans med patienten försöker att hitta motivationen till en beständig förändring av kost och motionsvanor. Vid de uppföljande mötena är det viktigt att patienten känner förtroende för diabetessjuksköterskan. Att patienten kommer tillbaka till de uppföljande besöken ger kontinuitet och trygghet för patienten och en bekräftelse för diabetessjuksköterskan på ett gott omhändertagande. Tjat och skuldbeläggning på grund av övervikt leder till negativa resultat och patienten vill då inte komma tillbaka till diabetessjuksköterskans mottagning.

”Jag ska användas som bollplank och faktabas till patienten ... jag ska leda och stötta patienten”

Samtliga informanter ansåg, att en av diabetessjuksköterskans viktigaste uppgifter är att medvetandegöra viktens betydelse för utveckling av diabetes, och att förklara för patienterna att den metabola omsättningen i kroppen inte fungerar som den ska vid övervikt och fetma. Kunskap är en förutsättning för att patienten ska se ett samband mellan övervikt, fetma och diabetes. Några informanter uttrycker ”coaching” för att ändra patientens levnadsvanor. Detta

upplevs av vissa informanter som ett ”starkt” ord. ”Bollplank” är det vanligaste uttrycket. Patienten ”bollar” sina tankar och nyvunna kunskaper. Ett sätt att konkretisera resultat är att viktminskning kan leda till ett sjunkande långtidsblodssocker (HbA1c). Detta är för många en drivkraft till att ändra kost och motionsvanor.

”Önskan är att få en välutbildad patient om sin sjukdom som vågar och känner sig motiverad att ändra sina vanor”

Motivera patienten

Diabetessjuksköterskorna i denna studie framhöll att en av deras viktigaste uppgifter är att ge patienterna kunskap om sin sjukdom för att de ska förstå sambandet mellan övervikt och diabetes. Förståelse för detta samband är viktigt för att uppnå motivation till att förändra sina vanor.

En informant framförde att det kan finnas fysiologiska förklaringar till övervikten såsom att det cirkulerar för mycket insulin i blodbanan och fett trycks in i cellerna och sätter sig på buken. Enda sättet att gå ner i vikt då är att minska kolhydratintaget. Samtliga informanter uppger att motivationen är kärnfrågan eller den springande punkten som flera uttrycker sig. En av informanterna med 15 år som diabetessjuksköterska framhöll att de som är nydebuterade i sin sjukdom är lättare att motivera till att gå ner i vikt. De patienter som är överviktiga och som har haft diabetes typ 2 länge är svårare att motivera.

”Att finna patientens motivation är det svåraste. Men som sjuksköterska måste man vara medveten om de fysiologiska hindren”

”Att hitta patientens motivation -det är kärnfrågan hur ska man hitta den!?”

Diabetessjuksköterskors svåraste uppgift enligt samtliga informanter är att motivera patienten till bestående förändring av sina levnadsvanor. Bakgrundsfakta till sjukdomen och information gör att patienten ser ett samband mellan övervikt, levnadsvanor och diabetes. Förståelsen av samband kan ge motivation till att ändra sina vanor.

”Våra vanor är bundna till vårt arv och våra traditioner. Tänk bara att ändra vanan att äta smörgås och kaffe till frukost.”

För att minska kolhydratintaget bör personer med diabetes avstå bröd och pasta enligt en informant. Måltiderna är en stund för social samvaro med familjen vilket innebär att inte bara patienten måste motiveras till ändrade vanor utan även anhöriga. Omgivningen och anhöriga har stor betydelse. De kan stötta men de kan även stjälpa i förändringen av patientens levnadsvanor. Därför framhölls att anhöriga är värdefulla och bör vara med vid patientens besök för att få samma information som patienten.

”Det är viktigt att ge patienten och anhöriga kunskap för att han ska förstå sin sjukdom, det ger en patient som förstår och det i sin tur ger motivation”

Enligt en annan informant är ett sätt att få en motiverad patient att konkretisera uppsatta mål. Att patienten får det svart på vitt. Till exempel tas blodsocker efter 30 minuters promenad för att visa att fysisk aktivitet sänker blodsockret. Ett annat exempel är vad som händer med blodsockret om man äter en chokladkaka. Detta medför att blodsockret stiger.

Enligt informanterna måste motivationen komma från patienten själv. En förutsättning för motivation är att patienten även själv tar ansvar för sin behandling. För att främja motivationen måste sambandet övervikt, inaktivitet och diabetes belysas. Här har diabetessjuksköterskan en viktig roll.

”det är viktigt att ge patienten bekräftelse och stöttning i sin motivation att förändra”

Förändringar i samhället

Kulturella perspektiv

Flera av de intervjuade diabetessjuksköterskorna som arbetat många år inom området ansåg att samhället vi lever i är förklaringen till att det är som det är. Vår omgivning, arv och miljö påverkar oss hur vi lever. Många i befolkningen lever i en stressad tillvaro och äter fel slags mat vid fel tidpunkter för att få ihop tillvaron.

"Många vanor ligger djupt rotade i oss och härrör från stenåldern. Förr kunde vi äta en mer energirik kost för då rörde vi oss mera. Nu sitter vi den mesta tiden och överskottet av energin lagras in i kroppen och påverkar den metabola omsättningen."

Vardagen för de flesta är ofta stressad menar flera informanter. Allt ska gå snabbt, matlagning, förflyttning, fritid med mera. Diabetes typ 2 och övervikt är inte bara individens fel utan samhället har skapat att patienten blir överviktig och sedan får diabetes enligt flera informanter. Kulturen i dagens samhälle har medfört att patienten blivit överviktig och riskerar att utveckla diabetes typ 2.

"Ofta handlar vi skräpmat. I affären exponeras skräpmat så det är svårt att låta bli att handla. Förpackningsstorleken har ökat. Läskflaskan har ökat från 33 cl till 1,5 liter. Tänk så mycket mer socker vi får i oss!"

"Våra matportioner har blivit allt större då tallrikarnas yta blivit större. Måltiderna är dessutom ofta oregelbundna för att passa in i familjens arbets- och aktivitetschema."

"Barnen ska ju hit och dit. Det är inte lönt och laga mat för ingen äter samtidigt."

Samhällsekonomiskt perspektiv

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det av största vikt att medvetandegöra för befolkningen vad diabetes är enligt flera informanter. Diabetessjuksköterskan har en viktig del i att informera befolkningen om betydelsen av övervikt och inaktivitet för att utveckla diabetes. Konsekvenserna av att allt yngre människor blir överviktiga kommer att öka risken för en diabetesepidemi med påföljande diabeteskomplikationer och ökade kostnader för samhället.

"ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att upptäcka diabetes och på så vis förhindra och fördröja riskkomplikationer"

Ofta lever personer med diabetes ett välfungerande liv om deras värden som blodsocker, vikt och långtidsblodsocker (HbA1c) ligger bra. Om dessa värden ligger inom referensintervallet ger det framtida hälsovinster och en fördröjning av komplikationsdebut. Om värdena är dåliga kommer diabeteskomplikationer som bensår, retinopatier och njursvikt desto fortare. Detta förenas med stort lidande för patienten och höga samhällsekonomiska kostnader enligt informanterna.

Preventiva åtgärder

Begränsade resurser

Diabetessjukvården är inget undantag vad gäller nedskärningar inom sjukvården. Samtliga informanter i landstingets sjukvård var mer eller mindre frustrerade över sin arbetssituation. På en vårdcentral belägen i en större stad berättade diabetessjuksköterskan med gråten i halsen att hon inte ens hann kalla uppsatta diabetespatienter till sina årliga besök. Tiden och resurserna räcker inte till för det ökade antalet överviktiga personer med diabetes. Flera informanter bekräftade att de inte hinner kalla patienterna, inte heller att följa de riktlinjer som hälso- och sjukvården ställt upp för diabetessjukvården. Trots slimmad organisation följde flertalet informanter dock rekommendationen på ett besök hos diabetessjuksköterska och ett till läkare per år. De som arbetar i privat regi kunde erbjuda minst två besök per år till diabetessjuksköterska. Enligt en del informanter blir administrationen allt större och tar alltför lång tid. Tiden för egen vidareutbildning är för många informanter obefintlig.

Gruppverksamhet

Flera vårdenheter både i privat och offentlig regi bedriver gruppverksamhet för 6-8 patienter. En förutsättning för gruppverksamhet är att man har ett tillräckligt stort antal deltagare. En del benämner gruppverksamhet diabeteskola, andra kallar det överviktsgrupper eller empowerment grupper. Enligt informanterna är syftet att förändra patientens kost- och motionsvanor och att hitta vägen till en förändrad livsstil. I teamet kring patienten finns diabetessjuksköterska, läkare, dietist och ibland sjukgymnast och kurator. Dynamiken i

gruppen är viktig för bestående resultat hos deltagarna. Viljan att uppnå metabol kontroll och att förändra sina vanor måste komma inifrån patienten själv. I somliga grupper skriver patienten kontrakt och förbinder sig att efterfölja uppsatta mål. Informanterna menar att deras roll är att inspirera och strukturera patientens tillvaro vad gäller kost och fysisk aktivitet. Trots lyckosamma resultat med grupputbildning berättade några diabetessjuksköterskor att de hade blivit tvungna att ställa in utbildning i grupp på grund av bristande resurser.

”Jag är gruppleadaren, men gruppdeltagarna delger varandra kunskaper och erfarenheter som de själva varit med om.”

Önskade åtgärder

De informanter som varit i tjänst länge och hade lång erfarenhet hade en annan förförståelse för hur svårt det är att förändra invanda vanor. Flera uttryckte en önskan om att få utbildning i kognitiv beteendeterapi och empowerment för att uppnå bestående beteendeförändringar hos patienterna. Ett mönster att äta mycket och fel slags kost styrs inte från magen utan från huvudet.

”Vanor att äta fel slags kost vid fel tidpunkt och fel mängd sitter inte i magen utan mellan öronen.”

Flertalet informanter förkastar de nationella riktlinjerna om fetmakirurgi (gastric by pass) då informanterna ser detta som en tillfällig väg till viktnedgång medan resultatet av en lyckad KBT - utbildning ger bestående viktnedgång.

Det framkom även att barnvårdscentralen måste arbeta mer preventivt med barnfetma för att förhindra framtida övervikt och diabetes. Under hälsosamtalet informeras föräldrarna om vad barnet bör äta och inte bör äta samt vikten av fysisk aktivitet. Vid viktkontroller bör barnvårdscentralen vara mer offensiv om barnet är överviktigt.

”Man kan göra mycket mot övervikt med samtal och information om kost och motionsvanor redan på barnvårdscentralen då småbarnsföräldrar är förändringsbenägna.”

Flera informanter önskade ett ökat samarbete med sjukgymnaster, dietister och KBT-terapeuter för att uppnå bestående förändringar i kost och motionsvanor.

Diabetessjuksköterskans hälsofrämjande och preventiva arbete kombinerat med det medicinska kan i framtiden ge hälsovinster. Nya läkemedel som kommit ut på marknaden ger glukossänkning som förväntad effekt. En biverkan av behandlingen är illamående initialt, detta ger viktnedgång som önskad bieffekt.

Flera informanter nämnde att de hoppas på landsomfattande kampanjer för förändrad livsstil i syfte att hejda diabetes epidemin. Kampanjerna de beskrev kan liknas vid ”non smoking generation” som hade stort genomslag på 1980-talet vilket ledde till att många slutade att röka. Förutsättning för detta vore framtida hälsopolitiska beslut och riktade resurser.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Avsikten med studien var att beskriva upplevelser och erfarenheter och finna samband som gäller generellt, därför har författarna valt en induktiv ansats för att uppnå en djupare tolkning av materialet som lett till att studiens syfte har belysts (Kvale & Brinkman, 2009; Polit & Beck, 2006). Materialet har analyserats och tolkats i huvudsak av författarna, men genom att träffa handledaren fortlöpande under arbetets gång så har materialets likheter och olikheter diskuterats.

Informanterna hade varierande ålder och arbetslivserfarenhet, vilket kan öka trovärdigheten då det ger intervjumaterialet en större variation och ett bredare perspektiv (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna använde sig av bekvämlighetsurval och snöbollssampling som resulterade i en relativt heterogen grupp, vilket i intervjuerna gav författarna nya perspektiv på diabetessjuksköterskans arbete. Då författarna själva inte arbetat som diabetessjuksköterska fanns ingen större förförståelse. Intervjuerna har gett författarna ny kunskap och förståelse för diabetessjuksköterskans arbete.

Genom en pilotintervju som transkriberades av författarna och granskades av handledaren förstärktes tillförlitligheten och trovärdigheten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). En intervjustudie är en process och processer innebär förändring (Troost, 2010). Då det visade sig att det fanns ett fåtal snarlika frågor i pilotintervjun korrigerades intervjuguiden.

Att intervjuerna spelades in upplevdes endast vid ett fåtal tillfällen som störande för informanten och då vid början av intervjun. Författarna upplevde inte att någon information undanhölls under intervjuerna. Det kan vara en nackdel att författarna inte varit särskilt förtrodda med intervjuteknik och tolkning av texter. Graneheim & Lundman (2004) menar att begränsade erfarenheter av att analysera text gör det svårt att hitta det latenta innehållet. Detta har författarna av denna studie upplevt.

Diskussion av framtaget resultat

De intervjuade diabetessjuksköterskorna beskrev olika namn på sin professionella funktion. De kallade sig både expert, coach, bollplank, stöttare, detektiv, medhjälpare och vägledare. Dessa benämningar sammanfattar väl diabetessjuksköterskans roll och stämmer överens med krav och riktlinjer som finns i Kompetensbeskrivningen för distriktsköterskor (2008), Diabetessjuksköterskor (2010), Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens riktlinjer (2010). Diabetessjuksköterskans roll innebär att främja hälsa och ha fördjupad kunskap i ämnet samt att delge detta till patienterna (a.a.).

Diabetessjuksköterskorna beskrev att de önskade skapa en relation med patienten och hjälpa patienten att förbättra sin egenförmåga att förändra sina levnadsvanor. Detta ligger i linje med Orem's omvårdnadsteori som beskriver egenvård som utförande av aktiviteter som patienten själv tar initiativ till och syftar till att ändra livsstil (Orem, 2001). Enligt Orem uppstår ökade omvårdnadsbehov om inte patientens egenvårdsresurser räcker till. Enligt Dellasega (2008) ska omvårdnaden vara patientcentrerad och patienten och anhöriga ska känna delaktighet och inflytande. Om diabetessjuksköterskan inte lyckas i sin roll som expert och medhjälpare leder detta till utebliven motivation och en ökad risk för försämring för personer med diabetes (Kalra & Kalra, 2010). Detta kan i sin tur leda till ökad risk för komplikationer. En lyckosam förmedling av kunskap är av största vikt för att patienten ska ta till sig information och genomföra en förändring av sina vanor (a.a.).

Informanterna uttryckte att de flesta patienter är medvetna om sin övervikt men många gånger känner sig oförmögna att göra något åt det. Många patienter tycker inte att det gör något eftersom de lever ett bra liv då sjukdomen ännu inte gett några komplikationer.

Medvetenheten om övervikt och diabetes med risk för försämring i sin sjukdom är inte tillräcklig anledning till förändring av sin livsstil anser patienten. Patienten själv måste ha en motivation att ändra sina livsstilsvanor för att uppnå resultat (Orem, 2001; Alligood & Tomey, 2009; Alligood, 2010). En viktig förutsättning för medvetenhet är att patienten har en önskan om att själv tillgodose sina egenvårdsbehov (a.a.).

Flera av de intervjuade uttryckte att viljan till förändring måste komma inifrån patienten själv och att det yttersta ansvaret ligger på individen. Flera av diabetessjuksköterskorna sade, att det var viktigt att möta patienterna på deras nivå och att vara lyhörd för förslag till förändring som de själva tyckte de kunde uppnå. Detta kan bekräftas med litteratur som menar att patienter beskriver diabetes som en sjukdom som kräver förändring i levnadsvanor (Pilar, 2011). Detta är tidskrävande och ansträngande för individen (a.a.). Diabetessjuksköterskan ska visa respekt och förståelse för patientens egna val trots att dessa val och prioriteringar kan se olika ut jämfört med diabetessjuksköterskans åsikter (Bartol, 2012). Det viktiga är att man arbetar efter samma uppsatta nåbara mål (a.a.).

I denna studie framkom det att den svåraste uppgiften var att finna motivationen till att gå ner i vikt genom förändring av vanor och på så vis förhindra framtida komplikationer. Detta överensstämmer med en studie där motivation visat sig vara avgörande för resultatet (Xavier pi – Sunyer, 2009). Att förändra levnadsvanor är svårt och tar tid. Vissa faktorer är lättare att påverka andra är svårare. Detta kan vara frustrerande både för patienten och diabetessjuksköterskan (a.a.). Författarna till föreliggande studie uppfattar att det är av stor vikt att förklara för patienterna att de fysiologiska hindren kan vara en orsak till att man inte lyckas gå ned i vikt trots idoga försök. Det var förvånande att endast en diabetessjuksköterska tog upp denna orsak under intervjuerna. Frågan uppstår: Kan det vara så att sjuksköterskors medicinska utbildning kring diabetes är otillräcklig? Vidare utbildning och forskning lär i så fall behövas inom detta område.

I studien framkom att brister i samhällets resurser gjorde att många diabetessjuksköterskor inte kände sig tillräckliga i sin roll. Med ett ökat antal överviktiga och personer med diabetes

verkar inte nuvarande resurser räcka till för att uppfylla de krav som finns på diabetessjukvården. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2010) får en diabetessjuksköterska som arbetar heltid inom området maximalt ha 400 diabetespatienter. Samtliga informanter arbetade deltid i varierande tjänstgöringsgrad som diabetessjuksköterska. Utöver diabetesmottagningen hade hon andra uppgifter på vårdcentralen. Verkligheten på vårdcentralerna ser således inte ut som de nationella riktlinjerna påbjuder. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2010) ska diabetespatienten träffa sin diabetessjuksköterska en gång per år och läkare en gång per år. Vid nyinsjuknande eller specifika situationer där extra omvårdnadsåtgärder är viktiga, är behov av tätare kontroller vanligt för att bibehålla en så god livskvalité som möjligt (a.a.). Dessa riktlinjer är för närvarande under omarbetning och beräknas vara klara 2014 (Socialstyrelsen, 2013).

På en del vårdcentraler bedrivs gruppverksamhet med inriktning på övervikt, empowerment och diabetes. Vid gruppträffarna kan deltagarna även träffa sjukgymnast, dietist, psykolog och kurator. Grupputbildning av personer med diabetes, uppskattas ofta, då de får möjlighet att utbyta tankar och erfarenheter med andra i samma situation (Sörman, 2010).

Diabetessjuksköterskan kan med fördel kombinera teori med praktik. Gruppen kan till exempel gå ut och gå för att sedan mäta sitt blodsocker och visualisera motionens betydelse. Vid vissa gruppträffar kan man laga mat tillsammans och provsmaka för att hitta nya maträtter som är goda men som innehåller mindre kolhydrater (a.a.). En SBU-rapport visar att grupputbildning är effektivare än individuell utbildning under förutsättning att utbildningen bedrivs av pedagogiskt kunnig personal (SBU, 2009). Det framkommer dock att grupputbildning är dyrare än den individuella vilket beror på fler utbildningstillfällen (a.a.). Flera diabetessjuksköterskor som intervjuades i denna studie medgav att flera utbildningsgrupper hade avslutats på grund av just bristande resurser.

Enligt Kompetensbeskrivning för diabetessjuksköterskor (2010) ska diabetessjuksköterskan vara väl insatt i senaste forskningsresultat och ha möjlighet till vidareutbildning för att kunna bedriva en evidensbaserad omvårdnad. Rådande brist på resurser kommer troligtvis framöver att medföra lägre kompetens hos diabetessjuksköterskorna då det framkom ur intervjuerna att det inte avsätts tid och pengar till vidareutbildning, antar författarna.

I denna studie framkom att flera sjuksköterskor med lång erfarenhet hade önskemål om vidareutbildning eller ökade resurser inom områdena KBT och empowerment. Förändrat

beteende i våra matvanor och motionsvanor kan enligt de intervjuade vara en möjlighet till att hejda diabetes- och fetmaepidemin. Flera informanter beskrev fetma- och övervikt som något som sitter mellan öronen och inte i magen och förändring måste komma inifrån patienten själv. Beteendeförändringar kan åstadkommas genom att man analyserar nuvarande situation för att förklara och förstå hur det aktuella beteendet lärts in och vad som gör att patienten inte ändrar på det (Amsberg & Anderbro, 2012). Utifrån denna analys kan delmål sättas upp för att uppnå en varaktig förändring som i denna studie innebär vikttnedgång (a.a.).

Utifrån föreliggande studies analys kan slutsatsen dras, att kultur och samhälle har stor betydelse för utvecklingen av övervikt, fetma och diabetes typ 2. Detta bekräftas av Östman (2010) som beskrivit att fetma och inaktivitet gör att allt fler insjuknar i diabetes. Författarna till föreliggande studie har diskuterat med de intervjuade vad samhället kan tänkas göra för att främja vikttnedgång och förhindra eller försena insjuknandet i diabetes. Förslagen har varit att bedriva kampanj mot fetma likt den vid anti rökkampanjen på 1980-talet. Då sjönk antalet rökare markant. Problemet är dock att man inte kan skrämman människor till att inte äta. Däremot skulle reklam kunna göras för den normalstora portionen av vanlig husmanskost.

Samhället kan påverka individens levnadsvanor genom massmedia. Ett gott exempel är att Sveriges television för närvarande sänder ett populärt program där yngre överviktiga får tävla mot vältränade pensionärer. Här förklaras på ett pedagogiskt sätt vad som händer medicinskt och vilka framtida komplikationer de kan få om de inte förändrar sina levnadsvanor genom att äta rätt och börja motionera. Fantombilder visas 20 år och 40 år framåt i tiden på hur de kan se ut om de inte gör något åt sin situation. De samhällseliga och kulturella förändringarna har medfört att vi idag lever i en alltmer stressad tillvaro där naturlig fysisk aktivitet är en brist. Förr behövde vi vila efter en dags fysiskt arbete medan vi idag behöver motion på grund av ett alltmer inaktivt liv.

Samhället kan genom politiska beslut höja skatten på socker och fett så att priset höjs på förädlade produkter. Detta gjordes i Danmark 2009, med avsikt att förbättra folkhälsan. Skattehöjningen på socker och fett förändrade dock inte danskarnas inköps- och kostvanor vilket föranledde att detta impopulära direktiv drogs tillbaka 2012. Enligt Livsmedelsföretagarnas hemsida (2012) visar forskning i Danmark att skatter ger ett skevt socioekonomiskt utslag och slår hårdast mot låginkomsttagare, således kan inte samhället förhindra att folk blir överviktiga.

Slutsats

Analysen visade att diabetessjuksköterskornas svåraste uppgift var att hjälpa personer med diabetes att finna motivation till viktnedgång och förändring av levnadsvanor. Att förstärka diabetessjuksköterskans yrke med vidare utbildning i KBT och empowerment skulle kunna vara nyckeln till att få personer med diabetes motiverade till bestående livsstilsförändringar. Diabetessjuksköterskorna kan på så sätt motivera individen att ändra beteende och få personer med diabetes typ 2 att tillvarata sina egna resurser för en bestående förändring. Likaså behövs tydligare och mer konkret information för att påverka befolkningen att förändra sina levnadsvanor, vilket i förlängningen skulle leda till ett sundare liv.

Referenser

Adiseshiah, M. (2005). Effective care of patients with type 2 diabetes and dyslipidemia: A nurse's perspective. *Diabetes research and clinical practice*, (68), 23-27.

Amsberg, S & Anderbro, T. (2012). Omvårdnad vid diabetes. K. Wikblad (Red) *Stöd baserat på kognitiv beteendeterapi(KBT)* (sid.161-177). Lund: Studentlitteratur.

Allebeck, P, Hansagi, H. *Enkät och intervju inom hälso och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur 2005

Alligood, M.R. & Marriner-Tomey, A. (red.) (2009). *Nursing theorists and their work*. (7. ed.) Maryland Heights, Mo.: Mosby.

Alligood, M.R. (red.) (2010). *Nursing theory: utilization & application*. (4. ed.) Maryland Heights, Mo.: Elsevier Mosby.

Balkau, B. The DECODE study. Diabetes epidemiology: collaborative analysis of diagnostic criteria in Europe. *Diabetes & Metabolism* 2000; 26:282-6

Bartol, T. (2012). Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 270–276.

Björvell, H. (1999). "Patient empowerment"- målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt. *Läkartidningen*. (V.96) 44, 4816-4820.

Chan JC, Malik V, Jia W, et al. Diabetes in Asia: epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *JAMA*, 2009; 301: 2129-2140

Debono, M. & Cachia, I. (2007). The impact of diabetes on psychological well-being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health and Medicine*, 12, 545-555.

Dellasega, C. Anel-Tiangco, R. Gabbay, A. (2011). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes research and clinical practice*, 95, 37-41.

Efendric, S. Groop, L. Östenson, C. (2010). Orsaker till typ 2-diabetes. C-D Agardh(Ed). *Diabetes* (s. 76-83). Stockholm: Liber

Ekengren, A. & Hinnfors, J. (2006). *Uppsatshandbok: hur du lyckas med din uppsats*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1). 107-115.

Fernström, L. Hanås, P. Johansson, K. et al. (2010). *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning- för legitimerad sjuksköterska med specialisering i diabetesvård*. [Broschyr]. Stockholm: Responstryck

Fridh, M. Modén, B. Lindström, M. et al. (2013). *Folkhälsorapport Skåne 2013 –En undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. (Region Skåne). Malmö: Region Skåne.

Graneheim, U.H, Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Holmström, I.M., & Rosenquist, U. (2005). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 146-154.

Hu, F.B. (2011). Globalization of diabetes: The role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes care*, 34, s. 1249-1257

Kalra S, Kalra B. A Good Diabetes Counselor `cares:` Soft Skills In Diabetes Counselling. *Internet Journal of Health*, 2010:11 (1)

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur

Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor.(2008). Hämtad 5 mars, 2013, från:
<<http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>>

Kvale, S & Brinkmann, S (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lager, I. (2010). Metabola rubbningar vid diabetes. C D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes*. (4., [rev.] uppl., s 20-30). Stockholm: Liber

Livsmedelsföretagarna. (2012). Hämtad 19 september, 2013, från:
<http://www.mynewsdesk.com/se/pressroom/livsmedelsforetagen_li/blog_post/view/daerfoer-slopade-danskarna-sina-fett-och-sockerskatter-15747>

Lundman B, Hällgren-Graneheim, U. Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur

Nationella Diabetesregistret (2011). *Årsrapport 2011 års resultat*. Hämtad 22 januari, 2013, från: <<https://www.ndr.nu/>>

Nationella Diabetesregistret (2012). *Årsrapport 2012 års resultat*. Hämtad 12 augusti, 2013, från:<<https://www.ndr.nu/#>>

Pilar, I. P. Living with diabetes: quality of care and quality of life. *Patient Prefer Adherence*. 2011; 5: 65–72. Published online 2011 January 20.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. (6. ed.) Philadelphia: Lippincott.

Repstad, P. (2007). *Närhet och distans - Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Rygg, L. Rise, M. Lomundal, B. Strom-Solberg, H. & Steinsbekk, A. (2010) Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education: A qualitative study. *Scandinavian Journal of public health*, 38, 788-793.

SBU. (2009) *Intensiv glucosänkande behandling vid diabetes: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

SBU. (2009) *Patientutbildning vid diabetes: Rapport*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

SFS 1982:763. *Hälsa och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen

Snoek, F J. Van der Ven, N C W. Twisk, J W R. Hogenelst, M H E. Tromp- Wever, A M E. Van der Ploeg, H M & Heine, R J. (2008). Cognitive behavioural therapy compared with blood glucose awareness training in poorly controlled Type 1 diabetic patients: long term effects on HbA1c moderated by depression. A randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 25, 1337-1342.

Socialstyrelsen (2009). *Hälsa och sjukvårdsrapport*. (s. 366-373). Hämtad 21 oktober, 2013, från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utveckling%20Diabetesvård.pdf>

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Uppdatering av Nationella riktlinjer för diabetesvården*. Hämtad 21 oktober, 2013,

från:

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/uppdateringavnationellariktlinjerfordiabetesvarden>

Statens folkhälsoinstitut, 2008. *Livsstilsrapport: Lägesrapport om livsstilsfrågor*. Hämtad 21 oktober, 2013, från:

<http://www.fhi.se/>

Steinsbekk, A. Rygg, L. Lisulo, M. Rise M & Freitheim, A (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2012, 12:213

Steyn, NP. Mann, J. Bennett, PH. Temple, N. Zimmet, P. Tuomilehto, J. Lindström, & Louheranta, A. (2004). Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutrition: 7(1A)*. 147-165.

Sürücü, H A. & Kizilci, S. (2012). Use of Orem`s self-care deficit nursing theory in the self-management education of patients with type 2 diabetes: A case study. *Self-care, Dependent-care & Nursing*, 19, 53-59 ISSN: 1081-7700

Svenningsson, I. Gedda, B. Marklund, B. (2010). Experiences of the encounter with the diabetes team. A comparison between obese and normal-weight type 2 diabetic patients. *Patient Education and Counseling*, 82, 58-62.

Sörman, E. (2012). Diabetessjuksköterskan (Red.) *Omvårdnad vid diabetes* (s. 59-66). Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Wikblad, K. (2012). Egenvårdsutbildning (Red.) *Omvårdnad vid diabetes* (s. 129-139). Lund: Studentlitteratur.

WHO (2012). *Media center, Diabetes 2012*. Hämtad 22 januari, 2013, från:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>>

WHO (2013). *Media center, Obesity and overweight*. Hämtad 24 september, 2013, från:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wredling, R. & Ahlin, U. (2010). Omvårdnad vid diabetes-diabetessjuksköterskans roll. C D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes*. (4., [rev.] uppl., s 392-396). Stockholm: Liber

Xavier Pi-Sunyer, MD. (2009). The impact of weight gain on motivation, compliance, and metabolic control in patient with type 2 diabetes mellitus. *Postgrad Med*, 5, 94-107.

Zhung P, Zhang X, Brown J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010; 87: 283-301.

Östenson, C-G, (2012): [En global epidemi – diabetes i världen, Europa och Sverige. Vem riskerar att få diabetes?](#)

http://www.dagensmedicin.se/presentationsbibliotek_varldsdiabetesdagen2012/

Östman, J. (2010). Definition, diagnostik och klassificering. C D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes*. (4., [rev.] uppl., s.11-20). Stockholm: Liber.

Intervjuguide:

Vårt syfte med denna intervju är att belysa Diabetessjuksköterskans roll i att främja viktnedgång hos patienter med övervikt och diabetes typ 2.

Följdfrågor kommer att ställas beroende på vilka svar som inkommer.

1. Karakteristika – Kön, ålder, vilken/vilka utbildning har du, anser du att din utbildning är tillräcklig, hur länge har du arbetat med diabetespatienter, hur många diabetes typ 2 patienter har du och hur många är inskrivna på enheten?
2. Vad är dina erfarenheter av mötet med diabetes typ 2 patienter och samtidig övervikt?
3. Vad tror du kan påverka och främja deras motivation att gå ned i vikt?
4. Hur ser du på din roll i arbetet för att främja viktnedgång hos denna patientgrupp?
5. Följer du något speciellt program och hur ofta träffar du diabetes typ 2 patienter med övervikt?
6. Hur ser du som diabetessjuksköterska på framtiden avseende din roll att främja viktnedgång hos typ 2 patienter med övervikt?

Följdfrågor kan förekomma.

Ytterligare något du/ni vill ta upp?

Tack för ditt deltagande.

Bilaga 2 (2)

Exempel på databearbetning enligt Graneheim & Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategorier	Huvudkategorier
<p>Alla är medvetna om att övervikt är ett problem men det svåra är att ändra på sina matvanor.</p> <p>Det är inte lätt att få en patient att ändra sitt invanda levnadsmönster.</p>	<p>Alla är medvetna om sin övervikt.</p> <p>Svårt att förändra vanor.</p>	<p>Medvetenhet.</p> <p>Hitta motivation</p>	<p>Expert och vägledare</p> <p>Motivera patienten</p>	<p>Diabetessjuksköterskans vardag.</p>
<p>Hur vi äter ligger djupt rotat i oss, ja... ända från stenåldern</p> <p>Har för många patienter för att ge en bra vård. Har man något på gång med en patient vill man kunna följa upp det.</p>	<p>Svårt att ändra på nedärvda vanor</p> <p>Mer resurser behövs för att öka tillgänglighet och kontinuitet.</p>	<p>Levnadsvanor</p> <p>Tillgänglighet</p> <p>Kontinuitet</p>	<p>Kulturella perspektiv</p> <p>Samhällsekonomiska perspektiv</p>	<p>Förändringar i samhället</p>
<p>Jag vill vara delaktig i att stoppa diabetes epidemin. Men vi behöver hjälp, både på central nivå och på mottagningen.</p>	<p>Kunskap och resurser behövs för att ändra beteende.</p>	<p>Diabetesteam.</p> <p>KBT</p> <p>Politiska beslut</p>	<p>Begränsade resurser</p> <p>Gruppverksamhet.</p> <p>Önskade åtgärder</p>	<p>Preventiva åtgärder</p>

