

Patientundervisning vid diabetes typ-2

Hur patienter kan lära sig att hantera egenvård

FÖRFATTARE	Johan Näsholm
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete - Kandidatnivå
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Magdalena Erichsen
EXAMINATOR	Lars Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Patientundervisning vid diabetes typ-2
Titel (engelsk):	Diabetes type 2 patient education
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Johan Näsholm
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Lars Persson

SAMMANFATTNING

Diabetes mellitus typ 2 är ett stort och växande folkhälsoproblem. Behandlingen ställer höga krav på patientens förmåga att praktisera egenvård. En förutsättning för att utföra egenvård är att patienten har kunskap om sjukdom och behandling. Detta ställer i sin tur krav på att vårdpersonal ska ha förmåga att undervisa och uppnå lärande hos patienter. Därför var syftet med min uppsats att beskriva patientundervisning beträffande egenvård för patienter med typ-2 diabetes. Jag valde att göra en litteraturstudie med en induktiv ansats där jag sökt artiklar dels systematiskt i databaserna PubMed, Cinahl och Eric, men också osystematiskt i sökmotorn Google. De systematiska sökningarna gjordes med Thesaurus och sökord som användes var ”diabetes mellitus type 2”, ”patient education” och ”self-care”. Relevanta artiklar granskades och analyserades och författaren erinrade sig att tolka data på ett så objektivt sätt som möjligt. Analysen av artiklarna genererade i fem stycken teman där resultatet presenteras. I temat ”substans” beskrivs innehållet i patientundervisning. I temat ”patientcentrering” beskrivs huruvida patienterna satts i centrum vid undervisningen. I temat ”kommunikation” beskrivs hur undervisningen har förmedlats. I temat ”undervisningsform” beskrivs hur undervisningen ägt rum. I temat ”utbildarnas utbildning” beskrivs vilken bakgrund och specifik kunskap vårdpersonalen som förmedlat undervisning haft. Flera olika pedagogiska metoder används i de beskrivna artiklarna, metoderna kan härledas till ett flertal pedagogiska traditioner. Däribland de behavioristiska, kognitivistiska och sociokulturella traditionerna, även empowerment förekom. Undervisningsform varierade och i studien beskrivs både individuell och gruppbaserad undervisning liksom web, telefon och dvd-baserad undervisning. Det visade sig att framgångsrik undervisning utgår från patientens upplevda problem varför patientcentrerad vård är att föredra.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sjukdomsfakta	1
-Etiologi	1
-Epidemiologi	2
-Komplikationer	2
Patientundervisning	2
-Empowerment	3
-Pedagogiska traditioner	3
Egenvård	4
Problemformulering	4
SYFTE	5
METOD	5
LITTERATURSÖKNING	5
URVAL	6
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
ANALYS	7
RESULTAT	7
SUBSTANS	7
PATIENTCENTRERING	9
KOMMUNIKATION	10
UNDERVISNINGSFORM	11
UTBILDARNAS UTBILDNING	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	14
KONKLUSION	16
REFERENSER	17
BILAGOR	20
1 Matris över slutligt urval av artiklar till resultat	20

INTRODUKTION

INLEDNING

Antalet människor med diabetes ökar kontinuerligt, i synnerlighet de med typ 2-diabetes. Det antas bero på en förändrad mer stillasittande livsstil samt förbättrad levnadsstandard. Typ 2-diabetes kallas ibland för ”åldersdiabetes” eller en ”vällevnadssjukdom”. Denna benämning av typ 2-diabetes anses idag som förlegad. Antalet insjuknande i åldrarna 45-64 har stigit det senaste decenniet, dessutom visar statistik att sjukdomen är vanligare hos personer med låg utbildningsnivå och som befinner sig utanför arbetsmarknaden (Folkhälsoinstitutet, 2009). Diabetes är en av våra vanligaste folksjukdomar och ansvaret kan inte enbart läggas på sjukvården utan hela det moderna västerländska samhället, vi äter för mycket och rör oss för lite (Socialstyrelsen, 2009). Konsekvenser för sjukvården blir ökad belastning och därmed större kostnader.

Jag blev intresserad av patientundervisning vid diabetes typ 2 under min primärvårdspraktik. Min handledare var diabetessjuksköterska och en stor del av hennes arbete var att undervisa patienter. Då jag lärde mig mer om sjukdomen insåg jag hur stor del av behandlingen som utgörs av patientens egenvård vilket i sin tur ställer höga krav på sjuksköterskans förmåga att undervisa. Min handledare använde sig av individuell patientundervisning, men då jag läste om ämnet insåg jag att det fanns många andra metoder för att lära en patient hantera sin sjukdom.

BAKGRUND

Sjukdomsfakta

Diabetes är en kronisk sjukdom som uppträder då bukspottskörteln inte kan producera tillräckligt med insulin och/eller då kroppen inte effektivt kan utnyttja det insulin som produceras (insulinresistens). Detta leder till att glukosnivån i blodet stiger (Östenson, 2010). De två vanligaste formerna av sjukdomen är Diabetes mellitus typ 1 och typ 2 (SBU, 2009). Typ 2-diabetes är den vanligaste formen och utgör ca. 80% av all diabetes (Ericson & Ericson, 2007). Vid Diabetes mellitus typ 2 är det i synnerlighet insulinresistens som utgör ett problem men även insulinproduktionen kan vara rubbad. Insulinresistens innebär att cellerna har en nedsatt förmåga att reagera på insulin, vilket resulterar i att bukspottskörteln börjar producera mer insulin. Att cellerna inte längre reagerar lika bra på insulin kan bero på viktökning och stigande ålder. Symtom vid diabetes är bla. törst, ökade urinmängder, trötthet och ofrivillig viktneidgång (Östenson, 2010). Fokus i behandlingen vid typ 2-diabetes är att minska insulinresistensen vilket uppnås genom en optimal blodglukosnivå. Genom att balansera motion, kost och läkemedel kan den drabbade kontrollera sin blodglukosnivå (SBU, 2009).

Etiologi

En betydande riskfaktor för att drabbas av typ 2-diabetes är övervikt eller fetma. Studier har visat att personer med övervikt (BMI 25-30) har 3 gånger större risk att få sjukdomen jämfört med en normalviktig person (BMI 20-25). På samma sätt visade

studien att personer med BMI över 30 har 6 gånger större risk att drabbas jämfört med en normalviktigt. Typen av fetma är av betydelse för risken av drabbas. Bukfetma, vilket innebär ett midjemått över 102 cm hos män och 88 cm hos kvinnor är förenad med större risk att drabbas av typ 2-diabetes (Östenson, 2010).

Sjukdomen förekommer ofta tillsammans med metabola syndromet där vanliga symtom är hypertoni, övervikt, förhöjda blodfetter och försämrad glukostolerans (Ericson & Ericson, 2007).

Andra riskfaktorer för typ 2-diabetes är fysisk inaktivitet, kostens sammansättning och ärftliga faktorer. Risken att drabbas om en nära släkting (såsom syskon eller förälder) har sjukdomen är 40 procent. Övriga faktorer värda att nämna är stress och tobaksbruk (Groop, Lyssenko & Renström, 2010).

Epidemiologi

Under det senast decenniet har olika undersökningar visat att prevalensen av typ 2-diabetes i Sverige är mellan 2,5 och 4,5 procent. Odiagnostiserad typ 2-diabetes är relativt vanligt då sjukdomen ibland är symptomfattig, var tredje person med diabetes typ 2 räknar man med är oupptäckt. Studier visar att 20-25 procent av Sveriges befolkning har hereditet för typ 2-diabetes. Med tilltagande ålder ökar risken för typ 2 diabetes, insjuknandet sker vanligtvis efter 40 årsåldern. Prevalensen i Sverige bland personer äldre än 65 år är mellan 10-20 procent. (Östenson, 2010). Men antal insjuknande personer mellan 45-64 år har stigit under årens lopp (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Komplikationer

På sikt så leder diabetes till kärlkomplikationer pga. inlagringar i blodkärlen. Detta innebär bla. ökad risk för ateroskleros i hjärtats och hjärnans kärl vilket är en orsak till att personer med typ 2-diabetes har mellan 2-4 gånger större risk att dö i hjärtinfarkt eller stroke. Även ögonen påverkas negativt vilket kan leda till blindhet. Personer med typ 2-diabetes löper även stor risk att drabbas av njurskador och nervskador (C-D. Agardh, 2010; E. Agardh, 2010; Löndahl & Olsson, 2010; Nyberg & Svensson, 2010). Nedsatt cirkulation och nervskador innebär risk för fotkomplikationer. Sår på fötter som inte upptäcks pga. av nedsatt känsel och som har svårt att läka pga. nedsatt cirkulation. Detta kan på sikt leda till amputation (Edwall, 2011).

Patientundervisning

Patientundervisning syftar till att hjälpa patienter till förbättrad alternativt bibehållen hälsa och livskvalité. En förutsättning för att uppnå känsla av trygghet och egenkontroll hos en patient är att denne innehar kunskap och en tro på sin egen kapacitet. Vårdpersonalens roll är att ge patienten verktyg för att uppnå detta. Flera olika metoder är att rekommendera vid patientundervisning liksom att den undervisning som ges anpassas till patientens förmåga att ta till sig kunskap (Klang Söderkvist, 2008).

”Undervisning är en integrerad del i den totala omvårdnaden och ingår i omvårdnadsprocessens samtliga faser” (Klang Söderkvist, 2008, s. 13)

Det ställs höga krav på att diabetespatienter ska sköta en stor del av sin vård själva. Patienten måste dels ha kunskap om sjukdomen och behandlingen men även om hur motion, kost och stress påverkar sjukdomsförloppet. All denna kunskap är nödvändig för att en patient ska kunna delta i behandlingen, därför är patientundervisning viktig i diabetesvården (Johansson & Leksell, 2010; SBU, 2009).

I en studie gjord av SBU 2009 framkom det att gruppbaserad undervisning resulterade i betydande sänkning av HbA1c hos typ 2-patienter efter 1-2 år. Detta förutsatte att den som höll i undervisningen hade god diabeteskunskap samt god pedagogisk kompetens (SBU, 2009). Denna studie innebar att socialstyrelsen nu förespråkar användandet av gruppundervisning (Socialstyrelsen, 2010). I samma studie undersöktes ett antal andra metoder för patientundervisning och deras påverkan på HbA1c. Dessa metoder var individuell patientundervisning, stödprogram baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) samt motivationshöjande samtal. Individuell patientundervisning given av personal med god diabeteskunskap och god pedagogisk kompetens resulterade i liten sänkning av HbA1c efter 1 år. Ingen effekt på HbA1c har påvisats av varken KBT eller motivationshöjande samtal. Dock menar rapporten att fler studier kring dessa utbildningsmetoder är efterfrågansvärt (SBU, 2009).

Empowerment

Empowerment är ett begrepp som är förknippat med patientundervisning. Empowerment definieras som ”att hjälpa människor att upptäcka och använda sin inneboende förmåga att ta kontroll över sin sjukdom” (Funnell, 2006). Förhållandet mellan patient och sjuksköterska är att sjuksköterskan är expert på sjukdomen och patienten är expert på att leva med sjukdomen (Funnell, 2006). Inom diabetesvården har empowerment som intervention visat sig ha positiva effekter på blodsockernivåer, blodfettsnivåer och livskvalité (Edwall, 2011).

Pedagogiska traditioner

Det finns ett flertal pedagogiska traditioner som länge präglat allt lärande. Behavioristisk, kognitivistisk och sociokulturell tradition är sådana som antas ha betydelse för just patientundervisning (Friberg, 2003).

Behavioristisk lärande innebär att genom yttre påverkan såsom positiv alternativt negativ förstärkning framhäva eller dämpa ett beteende. Inom patientundervisning är det ofta just beteenden hos patienten som vårdpersonalen vill påverka (Friberg, 2003).

Inom den kognitivistiska traditionen utgår man från att människan själv skapar en förståelse av det som lärs in. Drivkraften att lära sig kommer från personen själv och inte genom yttre påverkan. Detta antas inte bara medföra en beteendemässig förändring utan även kognitiv sådan, vilket kan vara fördelaktigt inom patientundervisning då viljan att påverka sin tillvaro kommer från patienten själv (Friberg, 2003).

I den sociokulturella traditionen anser man att kontexten är av stor betydelse för lärandet. Människan är en social varelse och därför har kultur, historia och traditioner betydelse för hur en person lär sig. För patientundervisning har denna tradition betydelse eftersom alla patienter är unika individer med olika saker i sitt ”bagage”.

Dessutom är den miljö patientundervisning oftast sker i densamma. Därför är viktigt att som lärare förstå att tex. hierarkier i en vårdmiljö påverkar den kontext undervisningen sker i (Friberg, 2003).

Egenvård

Syftet med patientutbildning är att lära diabetiker att själv behandla sin sjukdom, detta innebär att personerna får praktisera egenvård (SBU, 2009).

När egenvård är optimal så omfattar den hela vår tillvaro. I människors tillvaro finns vanor som vi ibland utan att reflektera över gör för att sköta vår hälsa, tex. att äta. Med patientundervisning vill vi som vårdpersonal få patienten att själv ändra vanor som inte är till gagns för dennes sjukdomstillstånd. För att uppnå detta är det fördelaktigt att låta patienten själv föreslå förändringar som sen tillsammans diskuteras (Björvell & Insulander, 2008).

Egenvård vid diabetes innefattar både primär-, sekundär- och tertiärprevention. Primärprevention innebär att patienten genom god kosthållning, motion och rökstopp kan förebygga sjukdomsuppkomsten av diabetes typ 2. Om en person drabbas av sjukdomen så innebär sekundärpreventionen att patienten bla. kontrollerar sitt blodsocker för att undvika komplikationer. Drabbas typ 2-patienten av senkomplikationer kan denne genom tertiärprevention tex. fotvård vid perifer neuropati undvika att situationen förvärras (Wikblad, 2006).

Problemformulering

Diabetes typ 2 är ett växande problem (Folkhälsoinstitutet, 2009) som ställer höga krav på individens agerande då egenvård är en mycket viktigt del i behandlingen. En förutsättning för att kunna utföra egenvård är att ha kunskap om sin sjukdom och hur man sköter den. Detta ställer i sin tur höga krav på den som utbildar att leverera kunskap så att patienten får de redskap som behövs för att på ett framgångsrikt sätt hantera egenvården (Berne & Sörman, 2010).

Inom sjuksköterskans kompetensområde finns patientundervisning. Det innebär att sjuksköterskan ska ha förmåga att informera och undervisa patienter/närstående och att förvissa sig om att de förstår given information (Socialstyrelsen, 2005). Diabetessjuksköterskan tillika handledaren på min praktik bedrev undervisningen på samma sätt för alla patienter. Vid återbesök märktes det att resultatet varierade, somliga tog åt sig av undervisningen och andra hade det svårare. Den pedagogiska utbildningen för sjuksköterskor har förändrats mycket under årens lopp. De pedagogiska delarna i utbildningen har inte haft en renodlad och tydlig position utan har integrerats i andra ämnen alternativt utgjort stödämne. Det innebär att utbildning inte möter efterfrågan som finns ute i arbetslivet (Häggström, 2003). Därför vill jag med mitt arbete beskriva hur patientundervisning kan se ut och hoppas att det kan användas som inspirationskälla för de som arbetar med undervisning för patienter med typ 2-diabetes.

SYFTE

Syftet med min litteraturstudie är att beskriva patientundervisning beträffande egenvård för patienter med typ 2-diabetes.

METOD

LITTERATURSÖKNING

En inledande litteratursökning gjordes i maj 2010. Intresset var då riktat mot patientundervisning vid diabetes typ-2 generellt, en sökmatris över sökningen gjordes.

Databas Datum	Sökord	Resultat
Medline 100531 kl. 12:30	1. Diabetes mellitus, type 2 2. and Patient education 3. and limit to 2005-2010 och engelska och all adult +19 years	45893 679 184
Cinahl 100531 kl. 12:15	1. Diabetes Mellitus, Non-Insulin- Dependent 2. and Patient education 3. and limit to 2005-2010 och engelska och all adult	11295 112 45
Eric 100525 kl. 13:40	1. Diabetes 2. Patient Education 3. and limit to 2005-2010 och engelska och all adult	771 83 0

Friberg (2006b) beskriver att forskaren i det första steget vid en litteraturöversikt ska anlägga ett helikopterperspektiv. Sökningen ovan resulterade i ett antal artiklar som skummades igenom för att ge en uppfattning om vad för forskning i ämnet som bedrivits. Det fanns artiklar som beskrev både kvantitativ och kvalitativ forskning. En upptäckt som gjordes vid sökningen var att många uppsökta artiklar handlade om egenvård. Alltså hur patienter kan undervisas för att hjälpa sig själva. Detta intresserade författaren vilket föranledde att sökordet egenvård lades till vid starten av arbetet.

Den huvudsakliga litteratursökningen gjordes i slutet på januari år. Artiklar söktes i databaserna PubMed, Cinahl och Eric. Sökorden som användes var: diabetes mellitus type 2, patient education samt self-care. För att med sökorden få fram alla relevanta artiklar så användes indexerade sökord s.k. thesaurus. Thesaurus är en ämnesindelad ordlista som har olika namn i olika databaser (Östlundh, 2006). I PubMed gjordes sökningen med MeSH, i Cinahl med Headings och i Eric gjordes sökningen med Thesaurus.

Limits sattes till att söka artiklar mellan 2008-2010 samt att de skulle vara publicerade på engelska. I Cinahl finns möjligheten att sätta limits till peer reviewed och research article vilket gjordes. I Eric sattes också limit till peer reviewed då det var möjligt. Utöver databassökningen så söktes artiklar med samma sökord via google.

Databas Datum	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2
PubMed 110201 kl. 12:30	1. "Diabetes mellitus, type 2"[Mesh] 2. and "Patient Education as Topic"[Mesh] 3. and "Self-Care"[Mesh] 4. and limit to 2008-2010 och engelska	62203 1642 552 86	11	5
Cinahl 110201 kl. 10:30	1. MH "Diabetes Mellitus, Non-Insulin-Dependent" 2. and MH "Patient education+" 3. and MH "self-care+" 4. and limit to 2008-2010 och engelska, Peer Reviewed och Research Article	16037 1178 360 78	13	4
Eric 110201 kl. 11:00	1. "Diabetes" 2. and "Patient Education" 3. and "self-management" 3. and limit to 2008-2010 och engelska och Peer Reviewed	564 48 6 2	0	0

URVAL

Databassökningen genererade ca 170 st artiklar som behandlades. Sökningen via google genererade en artikel som ansågs relevant för arbetet. Dock var artikeln från 2007 vilket är utanför de limits som författaren valt. Då artikeln höll god kvalitet och innehöll forskning som svarade mot uppsatsens syfte så valde författaren trots årgången att inkludera artikeln i arbetet.

I det första urvalet så lästes rubrikerna på de sökta artiklarna. Där rubriken ansågs relevant lästes dess sammanfattning (abstract). Om sammanfattningen verkade relevant så lästes artikeln i sin helhet. Samtidigt som dessa lästes så granskades även kvalitén i studierna enl. Fribergs (2006b, s. 119-120) punkter.

Mycket av den forskning som bedrivs i ämnet görs i USA vilket troligtvis beror på att diabetes typ-2 är ett stort problem där. Många artiklar om patientundervisning vid diabetes typ-2 därifrån beskriver en population med en särskild etnicitet, tex. afro-amerikaner eller latinos vilket beror på att sjukdomen är särskilt vanlig bland dessa grupper (ADA, 2011). Artiklar som var nischade till att beskriva patientundervisning för en viss folkgrupp valdes bort (exkluderades) då litteraturstudien inte ska beskriva patientundervisning för en viss grupp människor.

Vidare upptäckte författaren att det fanns artiklar som beskrev undervisning som ges i förebyggande syfte till patienter med risk att utveckla diabetes typ-2. Eftersom mitt intresseområde var att undersöka patientundervisning för de som fått diagnosen så var ett inklusionskriterie att artiklarna skulle handla om patientundervisning för de som fått diagnostiserad diabetes typ-2.

Vissa funna artiklar beskrev forskning där ett visst moment lärts in genom patientundervisning, tex. blodsockerkontroll. De artiklar författaren fann relevanta för

syftet var sådana som mer generellt beskrev patientundervisning, tex. forskning om undervisningsmetoder. Således blev ett exklusionskriterie att artiklarna inte ska handla om undervisning för att lära in ett visst moment.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vid all forskning ska det eftersträvas att ge en så sanningsenlig bild som möjligt av det fenomen som undersöks (Nyberg, 2000). Författaren har antagit ett kritiskt förhållningssätt gentemot den information som behandlats. Det kritiska förhållningssättet innebär att man lyssnar till förnuft samt känslor och tolkar fakta objektivt och inte godtyckligt (Stenbock-Hult, 2004). Under läsandets gång har författaren bildat sig en uppfattning om huruvida studiedeltagarna har behandlats avseende hur ansvar och hänsyn visats samt hur deras integritet har respekterats. Det innebär bla. att behandla uppgifter konfidentiellt, försäkra sig om att respondenterna deltar frivilligt och att informera om rätten att avbryta deltagandet (Nyberg, 2000). Hänsyn är tagen till upphovsrätten genom att all information hämtad från litteraturen är källhänvisad. Författaren har även redovisat alla artiklar som ingår i studien (Forsberg & Wengström, 2008).

ANALYS

Författaren har valt en induktiv analysmetod vilket innebär att forskaren utifrån insamlad data försöker utveckla nya teorier och begrepp (Forsberg & Wengström, 2008). Arbetet med analysen innebär att man rör sig från helhet till delar, till en ny helhet (Friberg, 2006a). Artiklarna har lästs i sin helhet flera gånger, i synnerlighet resultatdelarna för att ge författaren en förståelse av innehållet. Ämnen som tagits upp i artiklarna som ansetts relevant för syftet har strukits under med olika färgmarkörer. Likheter och/eller skillnader i metodologiska tillvägagångssätt och resultat innehåll har författaren särskilt sökt efter. Understruken partier har lästs extra noga och kommentarer har skrivits i marginalen om delarnas innehåll.

Under läsandets gång har författaren hittat teman som antecknats. Syftet måste hela tiden hållas i åtanke under analysarbetet skriver Friberg (2006a). Det som författaren funnit i artiklarna och ansett vara relevant för att svara mot studiens syfte har sammanfattats på svenska för att med författarens egna ord beskriva innehållet. Under analysgången har sen författaren använt sig av egna anteckningar men också av artiklarna i sin helhet.

RESULTAT

SUBSTANS

Grundläggande ämnen som tas upp i patientundervisning vid diabetes typ 2 är kost, fysisk aktivitet, mediciner, blodsockerkontroll samt förhindrandet av framtida komplikationer, visar samtliga artiklar som ingår i studien.

Personer med typ 2-diabetes vill lära sig att följa egenvårdsrekommendationer i det vardagliga livet. I News (2010) studie framkom det att deltagarna upplevde att de tidigare inte erhållit förutsättningar för att hantera sin egenvård. De hade fått information om sjukdomen och egenvårdsåtgärder men de visste inte hur det skulle implementeras i det vardagliga livet.

*”Jag vet vad jag ska göra, men inte hur: det är helt enkelt inte realistiskt”
(New, s. 320, 2010)*

Deltagare i fokusgrupper ville att undervisningen skulle innehålla information om ätande, träning, komplikationer, fotsmärta, synpåverkan, kardiovaskulära komplikationer, sexproblem, njurpåverkan, psykologiska och sociala bekymmer, träning och mediciner. Många av deltagarna upplevde komplikationer av diabetes och var rädda pga. oförståelse för uppkomsten. Vissa upplevde problem med att personer i deras närhet inte förstod sjukdomen vilket kunde leda till frustration och konflikt (New, 2010).

”De förstår helt enkelt inte och jag försöker men jag kan inte förklara det. De blir arga på mig när jag säger att jag inte kan äta ute eller att jag inte kan äta någonting de lagat” (New, s 321, 2010)

Deltagarna i studien ansåg att undervisning skulle erbjudas till anhöriga, så att även de skulle få insikt i vad diabetesbehandling innebar (New, 2010). Att undervisa patienter i hur de identifierar människor i sin omgivning (tex. familj) som kan stötta i egenvårdsarbetet förekom i Moriyama et als (2009) program. Det innebar dels identifiering av dessa samt att lära sig hur man använder sig av dem. Det fanns också möjlighet för anhöriga att delta vid en särskild undervisningssession som handlade om hur man stöttar sina nära och kära med typ 2-diabetes (Moriyama et al., 2009).

Utbildarens roll är att skapa en bild av patientens kunskapsnivå kring egenvård och diabetes för att kunna lägga undervisningen på rätt nivå (Thoolen et al., 2008). Innehållet i patientundervisning är ofta noga strukturerat vilket innebär att det finns lektions och – läroplaner. Undervisningsprogrammen skiljer sig i regel på två sätt, de som inte har en läroplan på förhand och de som har en. De programmen som inte har en läroplan på förhand arbetar istället fram individuella läroplaner utifrån vilken nivå patienten befinner sig. De som har en färdig utgår också från patienten men har fortfarande tydliga ramar. Det finns ingen skillnad i vilken metod som ger bäst egenvårdskapacitet hos patienten (Moriyama et al., 2009; Klug et al., 2008; Krakow & Feulner-Krakow, 2007; Scain et al., 2009; Thoolen et al., 2008).

Genomgående vid all gruppbaseade undervisning är att deltagare ges möjlighet att diskutera och utbyta erfarenheter om sjukdomen med andra i samma situation. I Thoolen et als (2008) egenvårdsundervisning så var gruppen delaktig i upprättandet av varje deltagares vårdplan genom att de fick bedöma bla. planens genomförbarhet. Genom att använda sig av gruppens samlade erfarenheter kunde kursen generera signifikanta förbättringar bla. på patientens tilltro till sin egna förmåga att utföra egenvård, även kallat ”self-efficacy” samt uppnåendet av mål bland patienterna (Thoolen et al., 2008).

PATIENTCENTRERING

Patientundervisning där deltagaren har inflytande över upplägg och innehåll är vanligt förekommande. I Thoolen et al. (2008) program för gruppundervisning hålls först ett individuellt möte med sjuksköterskan där de tillsammans diskuterar vilka mål som är lämpliga att sätta upp. Under gruppundervisningssessionerna skriver sedan patienterna sina egna vårdplaner för hur de ska uppnå målen. Vårdplanerna diskuteras sedan inom gruppen och kvalitén bedöms. Utbildningsprogrammet visade bl.a. på förbättrat "self-efficacy" (Thoolen et al., 2008).

Att låta patienter själva formulera sina egenvårdsplaner visade sig även ha positiva effekter på "self-efficacy" hos patienter som deltog i ett annat gruppundervisningsprogram. Där avslutades varje session med att deltagarna gjorde en handlingsplan för hur de skulle uppnå de mål som kursen hade. En skillnad var att kursens övergripande mål var planerade sen tidigare och inte bestämda tillsammans med deltagarna (Klug, Toobert & Fogerty, 2008).

Även i individuella undervisningsprogram visade sig ett patientcentrerat perspektiv vid undervisning ge bl.a. stärkt "self-efficacy". Den teoretiska utgångspunkten var att patienter genom att själva sätta mål som de övervakar, säkerställer ett önskvärt beteende och ger dem kontroll över sin livsstil. I slutet på varje undervisningstillfälle fick patienterna formulera egna mål gällande kost och träning inför kommande session. Utöver kursinnehållet hade patienterna även inflytande på logistiken kring undervisningstillfällena, de fick själva bestämma vilka tider de ville träffas samt vilken metod de ville använda för att övervaka målen. Utöver signifikant förbättrat "self-efficacy" visade även interventionsgruppen förbättrade HbA1c-värden (Moriyama et al., 2009).

I en studie undersökte forskarna hur dvd-baserad undervisning jämfört med konventionell undervisning tedde sig. Deltagarna uppmanades att efter varje avslutat kapitel pausa och skriva en egenvårdsplan i en medföljande skrivbok. Studien visade att skrivandet och färdigställandet av egenvårdsplanen var en förutsättning för ett förbättrat egenvårdsbeteende (Glasgow et al., 2009).

Vid telefonbaserad patientundervisning i syfte att utveckla egenvårdskapacitet fann forskarna fyra evidenta faser i undervisningen, de var att skapa en bild av patientens kunskap och uppfattning om diabetes, skapa en bild av patienten samt dennes nuvarande tillstånd och sjukdomshantering (förstå patienten i sin psykosociala kontext), uppnå delad förståelse av problemen och dess behandling i samförstånd med patientens önskemål, implementera en hållbar plan genom att hjälpa patienten att utveckla sin egenvård till den grad de önskar. I de två första faserna är uppmärksamheten riktad mot att skapa en bild av patienten och dess kunskapsbas. Senare i de två sista faserna flyttades fokus mot ett förstående för diabetes från patientens perspektiv och rådgivningen blev mer individuell (Gambling & Long, 2009).

New (2010) använder i sin studie sig av fokusgrupper som får bestämma upplägg på ett gruppundervisningsbaserat program. Deltagarna fick bestämma vilka ämnen de ville bli undervisade i samt inlärningsaktiviteter och vilken ordning de skulle vara i. Ämnena och metoderna presenterades dels i slutet av varje föregående session samt i början på

varje startad session för att tillse att deras behov och önskemål bemöttes. Egenvårdsutbildning som baseras på patientupplevda problem och efterfrågade ämnen resulterade i förbättrat egenvårdsbeteende (New, 2010).

KOMMUNIKATION

Kommunikationen mellan givaren och mottagaren är av betydelse för hur framgångsrik patientundervisning vid diabetes typ-2 är. DESMOND är ett gruppundervisningsprogram där en teoretisk utgångspunkt är att människan lär sig utifrån den sociala kontext undervisningen sker i. Kontrollgruppen som erhöll konventionell undervisning upplevde gruppundervisningen som ett professionellt-lett lärande som dominerades av envägskommunikation. De i interventionsgruppen som erhöll DESMOND upplevde ett ömsesidigt lärande som bla. utmärktes av att de läts ställa frågor. Studien visar att de i interventionsgruppen bättre accepterade en förändrad identitet och dess konsekvenser för diabeteshanteringen (Ockleford et al., 2008).

Liknande resultat fann man i det telefonbaserade undervisningsprogrammet där utbildningsprocessen rör sig från att vara lärarlett till patientlett vårdande. Undervisarens roll är att i ett tidigt skede ge råd till patienten för att reducera kunskapsluckor. Senare blir uppgiften för undervisaren att vara ett bollplank för patienten (Gambling & Long, 2009).

I Thoolen et al (2008) program är det beskrivet hur sjuksköterskan ska ta rollen som den hjälpande coachen, med uppgift att stimulera patienterna till att stötta varandra och bli mer självständiga i sökandet av information. När en patient skrivit sina mål så bedömde gruppmedlemmarna kvalitén utifrån dess tydlighet och genomförbarhet. Patienten fick även feedback av de övriga gruppmedlemmarna på hur de kunde övervinna eventuella barriärer samt tips om alternativa strategier för att lösa problem (Thoolen et al., 2008).

Undervisningsprogrammet LINDA:s pedagogik och psykologiska struktur baseras på neurovetenskaplig forskning inom undervisning. Nyckelområden i undervisningen såsom hypoglykemi tas inte bara upp en gång utan delas in i mindre sektioner och repeteras senare. Presentationerna börjar med enkel information för att sen bli mer komplexa. Med hjälp av fråge och – diskussionskort stimuleras deltagarna till att skapa debatt. Deltagarna i gruppen visade förbättrade värden på bla. HbA1c, BMI, blodfetter, kolesterol under kursens gång (Krakow & Feulner-Krakow, 2007).

Interaktiv kommunikation i syfte att låta patientens röst bli hörd användes även framgångsrikt i andra undervisningsprogram (Klug et al., 2008; Moriyama et al., 2009; Scain, Friedman & Luiz Gross, 2009). Sjuksköterskorna i Moriyama et als (2009) undervisning använde sig av motiverande samtalsteknik och operant förstärkning genom att ge positiv feedback i undervisningen. Ingen negativ feedback gavs ifall patienten misslyckades med sina mål, istället diskuterades orsakerna till misslyckandet (Moriyama et al., 2009).

UNDERVISNINGSFORM

I de presenterade studierna så beskrivs sex olika typer av undervisningsformer, individuell undervisning där sjuksköterska och patient fysiskt träffas (Moriyama et al., 2009;), en kombination av individuell och gruppbaserad undervisning (Thoolen et al., 2008), gruppundervisning (Klug et al., 2008; Krakow & Feulner-Krakow, 2007; New, 2010; Ockleford et al., 2008; Scain et al., 2009), webbaserad undervisning (Noh et al., 2010), dvd-baserad undervisning (Glasgow et al., 2009) och telefonbaserad undervisning (Gambling & Long, 2009).

De individuella och gruppbaserade programmen använde utöver muntliga presentationer även texthäften som hjälpmedel (Klug et al., 2008; Krakow & Feulner-Krakow, 2007; Moriyama et al., 2009; New, 2010; Ockleford et al., 2008; Scain et al., 2009; Thoolen et al., 2008). Utöver dessa använde flera av de gruppbaserade programmen flera medier i undervisningen, som ljud och -bildmaterial, praktiska övningar, modeller (New, 2010), diabilder och CD (Krakow & Feulner-Krakow, 2007).

Det webbaserade undervisningsprogrammet utvecklades för att det skulle vara tillgängligt för alla när som helst. Tjänsten fanns inte bara tillgänglig via internet utan även via mobiltelefon. På det sättet kunde användarna söka information när de var i behov. Man fann ett signifikant samband mellan hur HbA1c förändrades och hur frekvent webbprogrammet användes via mobiltelefonen. Ingen randomisering skedde till interventions respektive kontrollgrupp vilket innebär att studiedeltagarna själva fick välja undervisningsform. Detta innebär att slutsatsen om det signifikanta sambandet endast går att dra till de som själva valde den webbaserade undervisningstjänsten (Noh et al., 2010).

I den dvd-baserade undervisningen ville skaparna att dvd:n skulle likna sedvanlig gruppundervisning innehållande kapitel där olika ämnen behandlas. Det gick inte att påvisa någon skillnad i egenvårdsbeteende mellan starten och slutet av interventionen. Patienter som erhöll gruppbaserad egenvårdsutbildning kände sig mer stöttade än de i dvd-gruppen. Fyra gånger så många deltagare valde att erhålla dvd-undervisningen istället för den sedvanliga gruppundervisningen och det fanns ingen demografisk skillnad i de som valde det ena eller andra (Glasgow et al., 2009).

Vid telefonbaserad undervisning användes ett dataprogram där data om patientens livsstil, medicinsk hantering och aktuella tillstånd fördes in. Med detta som utgångspunkt anpassades rådgivningen. Antal telefonsamtal som patienterna erhöll berodde på hur HbA1c värdet var. Ju högre värde desto fler samtal (Gambling & Long, 2009).

UTBILDARNAS UTBILDNING

Utbildning för sjukvårdspersonal i syfte att ansvara för patientundervisning varierade. Gemensamt för de individuella och gruppbaserade undervisningsprogrammen var att de fått specifik information om hur respektive undervisningsprogram var utformat. Detta gällde dock inte i Scain et als (2009) program. Där redovisas inte ifall sjukvårdspersonalen erhöll någon form av utbildning. I den patientundervisning som jag beskrivit så var inte de som höll i undervisningen alltid utbildade sjuksköterskor.

I telefonundervisningsprogrammet så var det särskild utbildade telefonrådgivare som hade kontakt med patienterna och dessa hade hela tiden kontakt med två diabetessjuksköterskor som de kunde rådfråga vid behov (Gambling & Long, 2009). Att som ansvarig för patientundervisning ha möjlighet att rådfråga annan personal var även möjligt i Thoolen et als (2008) undervisningsprogram. Sjuksköterskorna som bedrev undervisningen hade bred erfarenhet av diabetespatienter och hade inför interventionen erhållit lektioner av en psykolog. Denne psykolog utgjorde även ett bollplank som sjuksköterskorna kunde kontakta ifall det uppstod frågetecken (Thoolen et al., 2008).

I undervisningsprogrammet LINDA så erhöll sjuksköterskan en skriftlig manual som dels beskrev den teoretiska bakgrunden med programmet men även detaljerade beskrivningar av varje undervisningssession med struktur och mål (Krakow & Feulner-Krakow, 2007). Även i DESMOND undervisningen så erhöll sjuksköterskorna specifik utbildning i hur de skulle undervisa patienterna. De fick gå i ett särskilt träningsprogram i hur DESMOND undervisningen levereras (Ockleford et al., 2008).

De som bedrev undervisningen i Klug et als (2008) undervisningsprogram var särskilt utbildade i diabeteseigenvård, gruppdynamik, beteendeförändringar. De hade även blivit lärda hur utfallet av undervisningen mäts. Det vill säga hur man som undervisare förvissas sig om att patienter verkligen lärt sig det som avsetts (Klug et al., 2008).

I Moriyama et als (2009) studie ansågs det viktigt att sjuksköterskorna hade utbildning i kognitiv beteendeterapi (KBT) för att bedriva sin patientutbildning. De fick gå en kurs i detta och även lära sig hälsorådgivning innan påbörjade arbetet med patientundervisningen.

I News (2010) undervisningsprogram som utvecklades tillsammans med patienterna så hade sjuksköterskorna genomgått utbildning i diabetesundervisning och blivit certifierade.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

I databaserna PubMed och Cinahl söktes artiklar eftersom de båda innehåller artiklar om omvårdnad. Databaserna innehåller huvudsakligen artiklar på engelska vilket är fördelaktigt då jag hade det som en limit. Många tidskrifter finns i båda databaserna vilket gjorde att många artiklar återkom när jag sökte. Trots dubbletterna var det positivt att båda databaserna kombinerades då det finns tidskrifter som är unika för vissa databaser. Både PubMed och Cinahl har använts frekvent under hela sjuksköterskeutbildningen vilket var fördelaktigt då jag känner mig bekväm med hur dessa fungerar och vilka funktioner som finns.

Eric är en databas där det finns artiklar inom pedagogik vilket jag ansåg relevant för mitt arbete. Tyvärr fann jag inga artiklar som passade min frågeställning.

När jag gjorde min inledande litteratursökning i maj förra året hade jag precis lärt mig hur det var möjligt att söka med indexerade sökord s.k. thesaurus. Det var en bibliotekarie i Örebro som gav råd om funktionen och lärde mig hur jag gick tillväga.

Jag insåg tidigt att det fanns många olika benämningar på samma sak, i synnerlighet när jag använde mig av sökord som är vanliga inom omvårdnadsforskning, tex. egenvård. Därför ansåg jag det viktigt att använda mig av indexerade sökord för att inte missa artiklar. Det tog tid att återigen lära mig hur indexerade sökord används, speciellt eftersom det skiljer sig åt beroende på i vilken databas sökningen görs. Fördelen var att jag inte behövde använda lika många sökord för att få fram artiklar på mitt valda område.

Jag valde att sätta limits till forskning som publicerats mellan 2008-2010 för att få så aktuell forskning som möjligt och för att begränsa kvantiteten på antal artiklar. Patientundervisning verkar vara ett populärt forskningsområde vilket innebär att det finns stora mängder material publicerat. Det är svårt att sätta en gräns för när forskning blir inaktuell, jag tvivlar inte på att det finns intressanta artiklar som är publicerad före 2008. Det finns mycket forskning inom patientundervisning så unnande jag mig att välja så aktuell forskning som möjligt.

Många artiklar om patientundervisning vid diabetes typ 2 kommer från USA. Detta kunde ha gjort att majoriteten av artiklarna som jag använde mig utav kom från ett och samma land. Jag tror det skulle kunna påverkat resultatet om jag hade valt flera artiklar från USA än jag gjort. I de artiklar jag läst därifrån har fokus främst varit riktat mot kost. Ett antagande jag har efter att ha läst artiklar därifrån är att kostmedvetenheten är låg bland befolkningen, i synnerlighet bland de med lägre socioekonomisk status. Att det förhåller sig på det viset bidrar till att patientundervisning till största del innehåller kostrådgivning. Det var fördelaktigt att jag kunde exkludera många artiklar därifrån då forskning från USA ofta är nischad till att beskriva en viss folkgrupp. Eftersom jag hade det som ett exklusionskriterie fick jag en större global spridning på forskningen.

Många av de artiklar som sökningen genererade handlade om sjukdomsprevention som är en viktig del inom diabetesvård. Jag valde att exkludera dessa artiklar eftersom de föll utanför min frågeställning.

Vidare hittade jag artiklar som beskrev forskning där ett specifikt ämne lärts ut, tex. hur blodsockernivån mäts. Dessa valde jag att exkludera då jag inte ansåg att de svarade mot mitt syfte. Det skulle dock kunnat ha varit positivt att inkludera artiklar som beskrev hur ett visst moment kan läras in. Även dessa artiklar innehåller troligtvis intressanta pedagogiska metoder som kan vara aktuella att implementera vid patientundervisning. Jag valde bort artiklar av det slaget dels för att jag tilltalades mer av metoder där det fanns ett helhetsperspektiv men också för att jag ville reducera antal artiklar till arbetet.

Redan under urvalsprocessen började jag fundera på hur analysgången skulle se ut. Det var vanligt förekommande med kvantitativa studier där en patientundervisningsintervention utformats och sen testats genom en randomiserad kontrollstudie. I metoddelen beskrevs då hur undervisningen var utformad och i resultatdelen vilken effekt det fick. Det var därför jag vid analysen valde att särskilt titta på skillnader och likheter i artiklarnas metodologiska överväganden och resultatdelar.

Det fanns flest kvantitativa studier men jag hittade även intressanta kvalitativa studier där forskarna lyssnade mer till patienternas erfarenheter och åsikter kring

patientundervisning. I grova drag var resultatdelen mest intressant i de kvalitativa studierna och i den kvantitativa innehöll metoddelen den viktigaste informationen. Men givetvis var även resultatdelen viktig för att se vilket utfall interventionerna gav.

Under analysens gång kom jag att tänka på den sändar-mottagarmodell som Carl Hovland formulerade på 1950-talet som är ett sätt att beskriva kommunikationsprocessen.

”vem säger vad, i vilket medium, till vem och med vilken effekt” (Nilsson & Waldemarson, s. 25, 2007)

Jag kom att ha denna modell i åtanke under analysförfarandet. Vissa av de teman jag formulerade var lätta att komma fram till. Det fanns stora skillnader avseende hur patientundervisning kan se ut, men även de som tillsynes skilde sig åt kunde ha många likheter.

RESULTATDISKUSSION

Det framgår av resultaten i Ockleford et als (2008) studie att de som erhöll DESMOND upplevde förhållandet mellan sjuksköterska och patient som en ömsesidig kontakt. En utgångspunkt i undervisningsprogrammet var att patienter lär sig utifrån den sociala kontext undervisningen sker i. Det speglar tydligt en sociokulturell tradition när man antar att patienten lär sig på det sättet (Friberg, 2003). De i kontrollgruppen upplevde raka motsatsen, de hade inte samma utrymme att diskutera och att ställa frågor. De upplevde undervisningen som en envägskommunikation som är typiskt för den behavioristiska traditionen där utgångspunkten mer eller mindre är att patienten är en passiv mottagare av information (Friberg, 2003).

I Gambling & Long (2009) studie så är pedagogiken något mer dynamisk. Till en början är lärarens roll att leverera kunskap genom att ge råd för att sen övergå till att låta patienten ta initiativ till att ställa frågor. Det finns drag av ett kognitivistiskt tänkande när man utgår från att patienten själv har en drivkraft till att förstå (Friberg, 2003). Ordet empowerment förekommer inte i artikeln men det är uppenbart att det genomsyrar tänket i undervisningen då man vill stärka patientens förmåga att kontrollera sin sjukdom (Gambling & Long, 2009; Funnell, 2006).

Det finns många likheter mellan begreppet empowerment och den kognitivistiska traditionen. Inom den kognitivistiska traditionen utgår man från att viljan att förändra och lära sig kommer från patienten själv (Friberg, 2006) och empowerment handlar om vårdpersonalens roll att ge patienten förutsättningar att formulera mål och ta kontrollen över sin sjukdom (Funnell, 2006). Detta begrepp och tradition syns tydligt i Thoolen et als (2008) patientundervisning där sjuksköterskans roll var att coacha patienterna till ett självständigt sökande av information samt till att stötta de andra kursdeltagarna. Undervisningen speglar ett kognitivistiskt tänkande och sjuksköterskans roll att tillämpa empowerment (Friberg, 2003; Funnell, 2006).

Ett dynamiskt tänkande är utmärkande i undervisningsprogrammet LINDA där dels repetition av viktiga områden är utmärkande vilket tyder på att sjuksköterskan vill kontrollera och säkerställa att given information verkligen tagits in (Krakow & Feulner-

Krakow, 2007). En sådan utgångspunkt är typisk för den behavioristiska traditionen (Friberg, 2003). Flera olika medier används vid lektionstillfällena vilket enligt Klang Söderkvist (2008) är fördelaktigt vid patientundervisning. Flera av undervisningsprogrammen uppmanade deltagarna till att aktivt delta i undervisningen genom diskussion och debatt däribland LINDA (Klug et al., 2008; Krakow & Feulner-Krakow, 2007; Moriyama et al., 2009; Scain, Friedman & Luiz Gross, 2009). Det kan härledas till både den sociokulturella och kognitivistiska traditionen (Friberg, 2003).

Det finns drag av en behavioristisk tradition när sjuksköterskans roll är att förstärka önskade beteenden (Friberg, 2003). Så är fallet i Moriyama et al. (2009) undervisningsprogram där en viktig del i undervisningen var att förstärka beteenden genom positiv feedback. En viktig del i programmet var dock att negativ feedback aldrig fick ges till patienten då det ansågs vara destruktivt för lärandeprocessen (Moriyama et al., 2009).

Klang-Söderkvist (2008) skriver att det är viktigt att involvera människor i patientens närhet vid patientundervisning. Det kan vara familj, vänner, arbetskamrater eller annan vårdpersonal. För att lyckas med det krävs att dessa först identifieras och sen integreras i planering och genomförandet av undervisningen. Det stöds av News (2010) studie där deltagarna uttryckte ett behov av att involvera människor i sin omgivning för att optimera undervisningen. Även i Moriyama et al. (2009) har man tänkt på att personer i ens omgivning kan utgöra stöd i undervisningen. Där fick patienter både lära sig hur man identifierar personer som kan utgöra stöd samt hur man använder sig av dessa (Moriyama et al., 2009).

Utöver att ha beskrivit patientundervisning, har jag också med mitt arbete försökt att se ifall det finns metoder som är bättre än andra. De vanligaste metoderna för patientundervisning är individuell- och gruppbaserad undervisning. Det har inte av min studie gått att se ifall den ena varianten är bättre än den andra. Enligt Klang-Söderkvist (2008) kan gruppundervisning vara ett bra komplement till individuell undervisning då patienten får möjlighet att träffa och utbyta erfarenheter med personer i samma situation. Men Klang-Söderkvist (2008) anser att undervisning som ges till patienter alltid har ett individuellt fokus då förutsättningen för optimal patientundervisning innebär att sjuksköterskan identifierar patientens förväntningar, mål, behov och föreställningar. Om undervisningen enbart är gruppbaserad kan det vara svårt för sjuksköterskan att identifiera dessa parametrar hos alla deltagande individer (Klang-Söderkvist, 2008). I endast ett av de gruppbaserade undervisningsprogrammen har ett sådant förhållande skett. I Thoolen et al. (2008) gruppbaserade undervisningsprogram fick patienten först träffa sjuksköterskan i en individuell intervju där bla frågor om patientens kunskapsnivå och vilja att lära sig ställdes. Det är i linje med vad Klang-Söderkvist (2008) anser är viktigt för att kunna ge bra patientundervisning.

I motsats till Klang-Söderkvist (2008), rekommenderar socialstyrelsen gruppbaserad undervisning till större grad än individuell undervisning. De baserar sin rekommendation på SBU rapporten som i sin tur baseras på en stor litteraturstudie som visade att gruppbaserad undervisning resulterade i positivare förändringar på HbA1c bland diabetes typ-2 patienter än vad individuell undervisning gjorde (SBU, 2009; Socialstyrelsen, 2010).

I SBU (2009) rapporten understryks även vikten av att undervisningen skall ges av personal med god ämneskunskap och god pedagogisk kompetens. Det har varit svårt att av artiklarna utläsa exakt vilken kunskap de som bedrivit undervisningen har haft. I majoriteten av artiklarna har författarna redogjort för att de som ansvarat för undervisningen själva erhållit någon form av kurs. I vissa av fallen handlade det enbart om information kring hur det specifika undervisningsprogrammet ska se ut (Krakow & Feulner-Krakow, 2007; Ockleford et al., 2008). I andra fall så erhöll de ansvariga utbildning i KBT och hälsorådgivning (Moriyama et al., 2009). Eller i gruppdynamik och beteendeförändringar (Klug et al., 2008). I Thoolen et als (2008) studie erhöll sjuksköterskorna utbildning av en psykolog men av artikeln framgår inte vad undervisningen innehöll.

Jag har ibland benämnt de som bedrivit patientundervisningen för sjuksköterskor och ibland inte. Det beror på att det i alla studier inte varit sjuksköterskor som bedrivit undervisningen. Detta ser jag som den största bristen i arbetet. I DESMOND undervisning benämns undervisarna ”health care professionals” (Ockleford et al., 2008). I Klug et als (2008) så var de som höll i undervisningen inte sjuksköterskor utan endast utbildade i undervisningsprogrammet. I den telefonbaserade undervisningstjänsten så var telefonrådgivarna inte sjuksköterskor utan utgick från ett dataformulär när de ställde frågor, de hade dock kontakt med diabetessjuksköterskor för rådgivning vid behov (Gambling & Long, 2009).

Värt att nämna är att de undervisningsprogrammen där annan personal än sjuksköterskor förmedlade kunskapen inte visade på dåliga resultat. Huvudsaken tycks vara att personalen är väl insatt i vad som ska läras ut. Det innebär alltså att det går att ifrågasätta om all undervisning måste ges av sjuksköterskor eller om det kanske finns möjlighet att instruera annan personal i patientundervisning.

KONKLUSION

För att uppnå lärande hos patienter med diabetes typ 2 så finns det flera olika undervisningsmetoder och former. Gemensamt för dessa är att lära patienter på egen hand hantera sin egenvård. För detta krävs inte bara baskunskaper kring bla. kost och motion utan även kunskap kring vad egenvård innebär och hur det implementeras i det vardagliga livet.

Det verkar som patientundervisning i praktiken utgår från olika pedagogiska traditioner och inte en enda allenarådande pedagogik. Men eftersom mycket talar för att pedagogiken skall utgå från patientens problem och behov är patientcentrering den bästa utgångspunkten. Pedagogiken bör vara dynamisk och tilltala flera pedagogiska traditioner och teorier för att vara optimal.

En viktig del i undervisningen är att motivera patienten för ingen pedagogik i världen kan ha effekt om föremålet för den inte är motiverad.

REFERENSER

American Diabetes Association. (2011). *Diabetes basics: Type 2*. Alexandria: American Diabetes Association. Från <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-2>

Agardh, C-D. (2010). Mikroangiopati. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 307-313). Stockholm: Liber.

Agardh, E. (2010). Ögonkomplikationer. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 314-318). Stockholm: Liber.

Berne, C., & Sörman, E. (2010). Egenvård. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 209-220). Stockholm: Liber.

Björvell, H., & Insulander, L. (2008). Patientempowerment-ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 89-111). Lund: Studentlitteratur.

Edwall, L-L. (2011). *Rutinbesöket hos diabetessjuksköterskan: Vårdmötet och dess innebörd för personer med typ 2 diabetes*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2010a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2010b). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2003). Pedagogiska traditioner av betydelse för patientundervisning. I E. Pilhammar Andersson (Red.), *Pedagogik inom vård och omsorg* (s. 27-56). Lund: Studentlitteratur.

Funnell, M. (2006) Professions-respektive patientcentrerade modeller. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 51-58). Lund: Studentlitteratur.

Gambling, T., Long, A. (2009). The realisation of patient-centred care during a 3-year proactive telephone counselling self-care intervention for diabetes. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 219-226.

Glasgow, R., Edwards, L., Whitesides, H., Carrol, N., Sanders, T., McCray, B. (2009). Reach and effectiveness of DVD and in-person diabetes self-management education. *Chronic Illnes*, 5(4), 243-249.

Groop, L., Lyssenko, V., & Renström, E. (2010). Orsaker till typ 2-diabetes. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 102-108). Stockholm: Liber.

Häggström, E. (2003). Sjuksköterskans pedagogiska funktion och skolning i ett historiskt perspektiv. I E. Pilhammar Andersson (Red.), *Pedagogik inom vård och omsorg* (s. 13-25). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, U-B., & Leksell, J. (2010). Psykosociala aspekter. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 449-459). Stockholm: Liber.

Klang Söderkvist, B. (2008). Inledning. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 11-14). Lund: Studentlitteratur.

Klang Söderkvist, B. (2008). Undervisningsprogram. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 181-203). Lund: Studentlitteratur.

Klug, C., Toobert, D., Fogerty, M. (2008). Healthy Changes for Living With Diabetes : An Evidence-Based Community Diabetes Self-management Program. *The Diabetes Educator*, 34(6), 1053-1061.

Krakow, D., Feulner-Krakow, G. (2007). LINDA: the diabetes self-management training programme for people with type 1 or type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 4(3), 106-112.

Löndahl, M., & Landin-Olsson, M. (2010). Neuropati. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 335-347). Stockholm: Liber.

Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., Nakaya, T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(1), 51-63.

New, N. (2010). Teaching so they hear: Using a co-created diabetes self-management education approach. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(6), 316-325.

Nilsson, B., & Waldemarson, A-K. (2007). *Kommunikation: Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Noh, J-H., Cho, Y-J., Nam, H-W., Kim, J-H., Kim, D-J., Yoo, H-S., ... Yoo, H-J. (2010). Web-Based Comprehensive Information System for Self-Management of Diabetes Mellitus. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 12(5), 333-337.

Nyberg, G., & Svensson, M. (2010). Nefropati. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 319-334). Stockholm: Liber.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar: med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Ockleford, E., Shaw, R., Willars, J., Dixon-Woods, M. (2008). Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views. *Chronic Illnes*, 4(1), 28-37.

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

Scain, S., Friedman, R., Luiz Gross, J. (2009). A Structured Educational Program Improves Metabolic Control in Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *The Diabetes Educator*, 35(4), 603-611.

Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapport.

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för diabetesvården.

Statens folkhälsoinstitut. (2009). Sjukdomar och övriga besvär.

Stenbock-Hult, B. (2004). *Kritiskt förhållningsätt*. Lund: Studentlitteratur.

Thoolen, B., Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K., Rutten, G. (2008). Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes. *Health Education Research*, 23(1), 53-61.

Wikblad, K. (2006) Professions-respektive patientcentrerade modeller. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 179-191). Lund: Studentlitteratur.

Östenson, C-G. (2010). Epidemiologi vid typ 2-diabetes och metabolasyndromet. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 94-101). Stockholm: Liber.

Östlundh, L. (2010). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat	Antal referenser
Gambling, T., Long, A.	The realisation of patient-centred care during a 3-year proactive telephone counselling self-care intervention for diabetes.	2009. Storbritannien. <i>Patient Education and Counseling</i> , 80(2), 219-226.	Att utforska hur patientcentrerad vård realiseras med en telefonbaserad undervisningsintervention.	Kvalitativ och kvantitativ. Intervjuer med patienter från interventionsgruppen i RCT-studien. 591 deltagare med diabetes valdes med stratifierat urval ut och randomiserades till interventions respektive kontrollgrupp. 30 personer valdes slumpmässigt ut och intervjuades (halvstrukturerat).	Man fann 4 st evidenta faser; Skapa en bild av patientens kunskap och uppfattning om diabetes. Skapa en bild och förståelse för patienten och dess tillstånd i sin psykosociala kontext. Uppnå en ömsesidig förståelse för problemen och behandlingen och tillsist att hjälpa och involvera patienten och utveckla en vårdplan.	32
Glasgow, R., Edwards, L., Whitesides, H., Carrol, N., Sanders, T., McCray, B	Reach and effectiveness of DVD and in-person diabetes self-management education.	2009. USA. <i>Chronic Illnes</i> , 5(4), 243-249.	Att utvärdera nåbarhet och effektivitet av en diabetes- egenvårds-dvd jämfört med klassrumsbaserad undervisning.	Kvantitativ. Stratifierat urval. 198 deltagare. Ena halvan randomiserades till en grupp som fick välja vilken undervisning de ville ha, den andra halvan randomiserades till en av undervisningsformerna. De som erhöll klassundervisning randomiserades till antingen enbart klassundervisning eller klass+dvd undervisning.	Av de som fick välja undervisningsform så valde 4 gånger fler dvdn än klassundervisningen. Det fanns ingen signifikant skillnad i egenvårdsbeteende mellan kontroll och – interventionsgruppen. De som erhöll både dvd och klassundervisning visade ingen signifikant skillnad gentemot de som enbart erhöll klassundervisning i egenvårdsbeteende.	14

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat	Antal referenser
Klug, C., Toobert, D., Fogerty, M.	Healthy Changes for Living With Diabetes: An Evidence-Based Community Diabetes Self-management Program.	2008. USA. <i>The Diabetes Educator</i> , 34(6), 1053-1061.	Beskriva genomförbarhet och utfall av ett evidensbaserat diabetes-egenvårdsutbildnings-program.	Kvantitativ och kvalitativ. Stratifierat urval. Interventionsgruppen erhöll "healthy changes program" och kontrollgruppen erhöll "chronic disease self-management program". 251 deltagare varav 147 i interventionsgruppen. Fokusgrupper intervjuades i syfte att få en bild av deltagarnas och utbildarnas erfarenheter av programmet.	Deltagare i interventionsgrupp visade på förbättrat hälsobeteende, "self-efficacy" samt var bättre på att ta hjälp från omgivningen. Fokusgrupperna indikerade att problem med transport var det största hindret mot att delta i undervisningen.	26
Krakov, D., Feulner- Krakov, G.	LINDA: the diabetes self-management training programme for people with type 1 or type 2 diabetes.	2007. Tyskland. <i>European Diabetes Nursing</i> , 4(3), 106-112.	Jämföra LINDA med standard diabetesundervisning avseende effekt på HbA1c, BMI, livskvalité och incidens av hypoglykemi.	Kvantitativ. Konsekutivt urval. Patienterna visste inte huruvida de erhöll LINDA eller standard undervisning. 1109 deltagare (varav 286 med diabetes typ 1). Varav 801 erhöll LINDA undervisning.	De som erhöll LINDA visade på minskat HbA1c, minskat BMI, förbättrat blodtryck, lägre nivåer av triglycerider och kolesterol samt förbättrad livskvalité. De som erhöll LINDA undervisning nådde nästan normala HbA1c värden och fortsatte att gå ner i vikt efter 3 år.	14

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat	Antal referenser
Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., Nakaya, T.	Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial.	2009. Japan. <i>Japan Journal of Nursing Science</i> , 6(1), 51-63.	Granska och jämföra ett 12-månader långt diabetes-egenvårdsundervisnings-program mot konventionell patientundervisning.	Kvantitativ, randomiserad kontrollstudie. Deltagare randomiserades till antingen kontroll eller interventionsgrupp. 65 deltagare varav 42 i interventionsgruppen och 23 i kontrollgruppen.	Signifikant förbättring på ”self-efficacy” i interventionsgruppen. Även förbättringar på HbA1c, BMI och livskvalité.	15
New, N.	Teaching so they hear: Using a co-created diabetes self-management education approach.	2010. USA. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> , 22(6), 316-325.	Beskriva utvecklandet och utfallet av ett diabetes egenvårdsundervisnings-program som skapas tillsammans med patienter och att jämföra det mot vanlig egenvårdsundervisning.	Kvalitativ och kvantitativ. Kvasi experimentell design. Fokusgrupper fick bestämma hur undervisningen skulle vara upplagd. Därefter jämfördes interventionsgruppen mot kontrollgruppen avseende kunskap, anpassning, egenvårdsaktiviteter och följsamhet till undervisningsprogrammet.	Patienterna i fokusgrupperna uttryckte kunskapsbehov inom följande områden; kost, träning, mediciner komplikationer (njurar, fötter, syn, kardiovaskulära), sexproblem, psykologiska och sociala problem. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende kunskap, anpassning eller följsamhet till programmet. Men egenvårdsaktiviteter förbättrades signifikant i interventionsgruppen.	27

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat	Antal referenser
Noh, J-H., Cho, Y-J., Nam, H-W., Kim, J-H., Kim, D-J., Yoo, H-S., ... Yoo, H-J.	Web-Based Comprehensive Information System for Self-Management of Diabetes Mellitus.	2010. Korea. <i>Diabetes Technology & Therapeutics</i> , 12(5), 333-337.	Utvärdera effekterna av ett webbaserat system, nåbart via internet och mobiltelefon på blodglukoskontroll (HbA1c) och andra kroppsliga parametrar.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollstudie. 20 deltagare i interventionsgrupp som erhöll webbaserad undervisning och 20 andra i kontrollgrupp som erhöll konventionell undervisning.	HbA1c minskade signifikant i interventionsgruppen. Det fanns ett signifikant samband mellan hur HbA1c förändrades och hur frekvent man besökte webbtjänsten via mobiltelefonen.	15
Ockleford, E., Shaw, R., Willars, J., Dixon-Woods, M.	Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views.	2008. Storbritannien. <i>Chronic Illnes</i> , 4(1), 28-37.	Att undersöka uppfattningar, perspektiv och upplevelser hos patienter som deltagit i en RCT-studie där man prövade ett diabetes egenvårdsutbildnings-program kallat DESMOND.	Kvalitativ. Strategiskt urval. 36 personer intervjuades (halvstrukturerat). Av dessa hade 19 erhållit DESMOND och 17 erhöll standard undervisning.	Man fann 4 principer som visar vilket förhållandetill sjukdomen och dess behandling deltagarna hade. ”motståndare”, ”identitetsmotståndare, konsekvensaccepterande”, ”identitetsaccepterande, konsekvensmotståndare”, och ”accepterande”. De i DESMOND gruppen accepterade bättre en förändrad identitet och dess konsekvenser än de i den andra gruppen.	24

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat	Antal referenser
Scain, S., Friedman, R., Luiz Gross, J.	A Structured Educational Program Improves Metabolic Control in Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial.	2009. Brasilien. <i>The Diabetes Educator</i> , 35(4), 603-611.	Utvärdera effekten av ett strukturerat grupp-undervisningsprogram avseende metabol kontroll hos patienter med typ 2-diabetes.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollstudie. 104 patienter deltog. Hälften randomiserades till interventionsgruppen, de i kontrollgruppen erhöll den rutinmässiga diabetesundervisningen.	HbA1c nivåerna minskade signifikant i interventionsgruppen efter 4 månader och höll sig lägre än i kontrollgruppen fram till den tolfte månaden. Andra parametrar som vikt, blodtryck, triglycerider- och kolesterolnivåer förbättrades signifikant i båda grupperna.	27
Thoolen, B., Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K., Rutten, G.	Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes.	2009. Nederländerna. <i>Health Education Research</i> , 23(1), 53-61.	Beskriva utvecklandet och innehållet av ett grupputbildningsprogram. Samt undersöka vad patienterna tyckte om det och hur bra egenvårdsbeteende det resulterade i.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollstudie. 180 deltog i studien. Varav 78 erhöll interventionen. Kontrollgruppen erhöll standard diabetesundervisning.	Interventionsgruppen gav höga poäng till gruppundervisningsprogrammet. Interventionsgruppen hade en signifikant förbättring på coping, uppnåendet av mål och "self-efficacy" jämfört med kontrollgruppen.	31

