



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

Att motivera patienter till hälsosamma levnadsvaneförändringar vid diabetes typ 2

- en kvalitativ intervjustudie baserat på diabetessjuksköterskors erfarenheter

Angelica Halvardsson
Marian Taguinod Gustafsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2020/Ht 2021
Handledare:	Andreas Fors
Examinator:	Carina Sparud Lundin

Titel svensk:	Att motivera patienter till hälsosamma levnadsvaneförändringar vid diabetes typ 2
Titel engelsk:	To motivate patients to a healthy life style changes in type 2 diabetes
Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård
Program och/eller kurs:	diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2020/Ht 2021 Andreas Fors fil dr, lektor i vårdvetenskap vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.
Handledare:	Carina Sparud Lundin ProPrefekt Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Examinator:	typ 2 diabetes, sjuksköterska, hälsopromotion, primärvård,
Nyckelord:	levnadsvanor, kvalitativ metod, intervju

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes är en växande folksjukdom som drabbar alla åldrar och såväl barn som vuxna. Fysisk inaktivitet, rökning, alkoholöverkonsumtion, ohälsosam kost och bukfetma är vanliga riskfaktorer som kan leda till utveckling av typ 2 diabetes. Sjukdomen kan med tiden orsaka stora komplikationer som t.ex. njurskador, nervskador, ögonskador och hjärt-kärlsjukdomar, vilket innebär ett lidande för de som drabbas samt leder till stora samhällskostnader. För att förhindra utvecklingen av typ 2 diabetes spelar levnadsvaneförändringar en avgörande roll. Diabetessjuksköterskans hälsofrämjande arbete är viktigt för att kunna stödja och motivera patienter till att genomföra levnadsvaneförändringar.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva diabetessjuksköterskors erfarenheter av att motivera och stödja patienter med typ 2 diabetes till att göra hälsosamma levnadsvaneförändringar.

Metod: Studien är en kvalitativ intervjustudie med åtta diabetessjuksköterskor/distriktsjuksköterskor (ålder 35-60 år) som arbetar i primärvården och har erfarenhet av diabetesvård. Intervjuerna genomfördes på distans och analyserades med innehållsanalys.

Resultat: Fyra kategorier framkom ur analysen: *diabetessjuksköterskans förhållningssätt gentemot patienten; diabetessjuksköterskans strategier till motivation; betydelse av samverkan och stöd; och att hantera patienters hinder och barriärer.*

Slutsats: Att motivera patienter med diabetes var en stor utmaning för diabetessjuksköterskorna. En viktig del av arbetet var att säkerställa att patienten och deras anhöriga har nödvändig information om sjukdomen. För att kunna motivera och stödja patienter med typ 2 diabetes är det viktigt att diabetessköterskorna utgår från patientens förutsättningar och vilja att genomföra levnadsvaneförändringar.

Nyckelord: typ 2 diabetes, sjuksköterska, hälsopromotion, primärvård, levnadsvanor, kvalitativ metod, intervju

Abstract

Background: Diabetes is a growing public disease that affects all ages and both children and adults. Physical inactivity, smoking, consumption of alcohol, an unhealthy diet and abdominal obesity are common risk factors that can lead to the development of type 2 diabetes. The disease can cause major complications over time such as kidney damage, nerve damage, eye damage and cardiovascular disease, which means suffering for those affected and leads to large societal costs. To prevent the development of type 2 diabetes, lifestyle changes play a crucial role. The diabetes nurse's health promotion work is important in order to be able to support and motivate patients to implement lifestyle changes.

Purpose: The purpose of this study is to describe diabetes nurses' experiences of motivating and supporting patients with type 2 diabetes to perform healthy lifestyle changes.

Method: The study is a qualitative interview study with eight diabetes nurses / district nurses (age 35-60 years) who work in primary care and have experience of diabetes care. The interviews were conducted remotely, and analyzed with content analysis.

Results: Four categories emerged from the analysis: *the diabetes nurse's approach towards the patient; the diabetes nurse's strategies for motivation; importance of collaboration and support; and to manage patients' hindrances and barriers.*

Conclusion: An important part of the work was to ensure that the patient and their relatives have the necessary information about the disease. In order to be able to motivate and support patients with type 2 diabetes, it is important that the diabetes nurses start from the patient's prerequisites and willingness to implement lifestyle changes.

Keywords: type 2 diabetes, nurse, health promotion, primary care, lifestyle habits, qualitative method, interview

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till våra deltagare som hjälpte oss genom att dela med sig av sina erfarenheter via intervjuer, utan de hade det inte blivit någon uppsats. Vi vill även tacka Verksamhetschefer/Enhetschefer för att de gav oss möjlighet att intervjua diabetessjuksköterskor/distriktsjuksköterskor. Vi vill även passa på att tacka våra familjer som har stöttat oss under denna magisteruppsats.

Ett stort tack till vår handledare Andreas Fors som handlett oss under arbetsgång och hjälpte oss enormt mycket när arbetet börjat bli tungt.

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Diabetes typ 1 och diabetes typ 2	1
Prediabetes.....	3
Övervikt och fetma	3
Levnadsvanor.....	4
Rökning.....	4
Alkohol	4
Kost.....	5
Motion - fysisk aktivitet.....	5
Tidigare forskning	6
Vårdvetenskapliga begrepp	7
Hälsöfrämjande Arbete - Hälsopromotion.....	7
Empowerment	8
Personcentrerad vård.....	8
Diabetessjuksköterskans arbete och diabetesteamet.....	8
Motiverande samtal	10
Problemformulering	10
Syfte	11
Metod	11
Design.....	11
Urval.....	11
Datainsamling.....	12
Dataanalys	13
Etiska överväganden	14
Risk - Nyttan Analys	14
Resultat.....	14
DIABETESSJUKSKÖTERSKANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT GENTEMOT PATIENTEN	15
Patientberättelsen som utgångspunkt	15

Tillitsfull relation	15
DIABETESSJUKSKÖTERSKANS STRATEGIER TILL.....	16
MOTIVATIONSFRÄMJANDE ARBETE.....	16
Information och kunskap	16
Uppmuntra och bekräfta	17
Vara lyhörd - hitta nyckel	18
BETYDELSE AV SAMVERKAN OCH STÖD	18
Multiprofessionellt teamarbete	18
Patientens sociala nätverk	18
Organisatoriska utmaningar	19
ATT HANTERA PATIENTERS HINDER OCH BARRIÄRER.....	19
Brist på motivation.....	19
Fysiska hinder	19
Kulturella skillnader.....	20
Ekonomiska skäl	20
Diskussion	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion	22
Slutsats	24
Kliniska implikationer.....	25
Förslag till forskning	25
Referenslista	26
Bilagor.....	33
Bilaga I	34
Bilaga II.....	36
Bilaga III.....	38
Bilaga IV.....	40

Inledning

Diabetes är en folksjukdom som växer sig starkare i hela världen. I Sverige har över en halv miljon människor diabetes, utav dessa har 85 - 90 procent typ 2 diabetes (Diabetesförbundet, 2020). Mer än 50% av befolkningen mellan 16-84 år har en ohälsosam livsstil (Nymberg & Drevenhorn, 2016).

Diabetes är en kronisk sjukdom som definieras av förhöjda nivåer av blodsocker som medför allvarliga komplikationer på hjärtat och kärlsjukdomar och som kan leda till en för tidig död. Diabetes delas in i två grupper, typ 1 och typ 2. Det finns flera faktorer som anses bidra till typ 2 diabetes; övervikt, bukfetma, inaktivitet, hereditet och stress (Mulder, 2017; Nyström & Nilsson, 2012). Prediabetes är ett tillstånd där blodsockernivån är högre än normalt men inte tillräckligt hög för att diagnostiseras som diabetes. Det finns inga tydliga symtom på prediabetes, därför kan människor ha det utan att vara medvetna om det (American Diabetes Organization, 2021).

Typ 2 diabetes kan förhindras genom att patienter erbjuds motiverande stöd till egenvård och till att genomföra hälsosamma levnadsförändringar avseende rökning, kost, vikt och fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2018). Förändrade levnadsvanor kan leda till en förbättrad kontroll av sjukdomen och förhindra komplikationer. För varje enskild patient är det alltid en utmaning att förändra sin livsstil och motivation är en nyckelfaktor för att kunna hjälpa patienten med en livsstilsförändring (Sorman, 2014).

Primärvården har blivit anvisade att erbjuda patienter hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder (Nymberg & Drevenhorn, 2016). Det hälsofrämjande arbetet (hälsopromotion) kan genomföras med utgångspunkt från begrepp som personcentrerad vård och empowerment där diabetessjuksköterskan använder sig av motiverande samtal som verktyg (Fors, 2015).

Diabetessjuksköterskans uppgift är att motivera, uppmuntra och stödja patienter med typ 2 diabetes till levnadsvaneförändringar. Att samtala om rökning, kost, vikt och fysisk aktivitet är centralt för diabetessjuksköterskan i mötet med patienter på vårdcentralen. Att arbeta hälsofrämjande kan ses som utmaning då patientens egen vilja och kunskap ska respekteras och balanseras med diabetessjuksköterskans kompetens. Inom ramen för vårt examensarbete inom specialistutbildning mot diabetesvård valde vi att fördjupa oss i yrkesverksamma diabetessjuksköterskors erfarenheter av att motivera patienter till levnadsvaneförändringar.

Bakgrund

Diabetes typ 1 och diabetes typ 2

Diabetes är en växande folksjukdom i världen som kan orsaka för tidig död. I Sverige har över en halv miljon människor diabetes och av dem har 85 - 90 procent typ 2 diabetes. Utöver detta finns ca 150 000 personer i Sverige som har sjukdomen utan att vara medvetna om det (Diabetesförbundet, 2020). I Sverige har 56 % av befolkningen mellan 16-84 år en ohälsosam livsstil. (Nymberg & Drevenhorn, 2016). Det ses en ökning i prevalensen av typ 2 diabetes bland yngre vuxna, vilket i framtiden förväntas leda till ett ökat antal kranskärlssjukdomar, amputationer och blindhet, vilket är förenat med ett personligt lidande och en stor kostnad för samhället (Avery m fl., 2012).

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

Diabetes kommer från det grekiska ordet som beskriver ett sjukdomstillstånd där ”ökade mängder vätska passerar genom kroppen”. Ordet Mellitus betyder söt och uppstod förr i tiden i samband med att läkare smakade på patienternas urin (Mulder, 2017). Kortfattat innebär Diabetes Mellitus ökade urinnmängder som innehåller glukos. Diabetes Mellitus delas in i typ 1 och typ 2 (Mulder, 2017). Typ 1 är ett tillstånd där bukspottkörteln alstrar för lite eller inget insulin. Diabetes typ 2 är ett kroniskt tillstånd vilket betyder förhöjda glukosnivåer i blodet och vilket uppvisar en varierad grad av rubbad insulinfrisättning och insulinresistens (Frid, 2012; Mulder, 2017). Typ 2 diabetes benämns även som åldersdiabetes, då den oftast upptäckts hos personer över 50 år (Mulder, 2017). Patienter som drabbas av tillståndet är oftast fysiskt inaktiva och överviktiga samt har en hereditet för typ 2 diabetes (Mulder, 2017; Diabeteshandboken, 2020).

Vid debut av typ 2 diabetes brukar symtomen komma smygande (Zethelius & Östgreen, 2012) med trötthet, ökad törst, stora urinnmängder, ofrivillig viktnegång, muskelkramper och dimsyn (diabeteshandboken, 2020). Det förekommer även mer sällsynta symtom som buksmärter, torr hud, torra slemhinnor, klåda, svamp i underlivet samt upprepade urinvägsinfektioner (Diabeteshandboken, 2015). Tillståndet upptäckts oftast i samband en vanlig hälsokontroll där blodsockret kontrolleras (Diabetesförbundet, 2020). Det finns olika sorters diagnostiska gränsvärden för att ställa en typ 2 diabetes diagnos, (se tabell 1.1 taget från diabeteshandboken, 2017).

Enligt diabeteshandboken (2017), ska ett förhöjt HbA1c värde upprepas eller så ska patienten samtidigt ha en patologisk p-glukos fastande eller efter oral glukosbelastning (OGTT) för att diabetesdiagnos ska kunna ställas.

Tabell 1.1 *Diagnostiska gränsvärden*

Glukostolerans	HbA1c	Kapillärt P-Glukos	
		Fastande	OGTT* (2h)
Normal	< 42	< 6,1	< 8,9
Prediabetes	42-47		
IGT**			8,9-12,1
IFG***		6,1-6-9	
Diabetes	≥48	≥7,0	≥12,2

*=oral glukosbelastning; **=nedsatt glukostolerans; ***=förhöjt fasteglukos

Det har visat sig att patienter med diabetes har en kortare förväntad livslängd och ökad morbiditet till följd av senkomplikationer såsom njurskador, nervskador, hjärt- kärlsjukdom och förändringar i ögonbotten (Mulder, 2017). Senkomplikationerna innebär en stor påfrestning och ett lidande för patienten och kan även leda till sjukskrivningar och ett ökat behov av sjukvård och omsorg, vilket medför stora kostnader för samhället (Socialstyrelsen, 2018b). En god metabol kontroll reducerar risker för att komplikationer skall utvecklas (Mulder, 2017).

Behandling av typ 2 diabetes är komplex och kan vara farmakologisk eller icke farmakologisk. Icke farmakologisk benämns som konservativ behandling vilket innebär försök till att förbättra levnadsvanor såsom kost och motion, vilka kan vara bakomliggande orsaker till diagnosen. Idag

Viktninskning och ökad fysisk aktivitet leder till ökad insulinkänslighet, vilket leder till att den egna insulinproduktionen bevaras längre genom minskat insulinbehov, blodsockernivåerna blir då mer normala (Diabetesförbundet, 2020).

Prediabetes

Prediabetes definieras som ett hälsotillstånd då blodsockernivån ligger över de normala värdena, men inte är tillräckligt högt för en diabetesdiagnos. Världshälsoorganisationen (WHO) förespråkar fastställande av prediabetes genom fasteglukos mellan 6,1 - 6,9 mmol/l där blodprov tas 2 timmar efter ett glukosbelastningstest, vilket innebär att patienten dricker en glukosblandning. För att påvisa prediabetes med ett plasmaglukos prov skall värdena ligga mellan 7,8–11.0mmol/l två timmar efter måltid. Dessa definitioner används oftast för att fastställa prediabetes och kan användas var för sig, men även HbA1c prov kan användas (Hofling, 2014). Dock rekommenderas inte HbA1c prov även om det utgör ett bra underlag för fortsatt diagnostik (Region Stockholm, 2020).

Det har påvisats i vissa studier att patienter med prediabetes har 50 procents ökad risk att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar och 40 procents ökad risk för mortalitet i hjärt- och kärlsjukdomar jämfört med patienter med typ 2 diabetes som har ett normalt blodsockervärde (Höfling, 2014). Inom hälso- och sjukvården sker riktad screening för prediabetes och diabetes typ 2 för personer i åldrarna 40-65 år som har riskfaktorer som övervikt, fetma, fysisk inaktivitet, hereditet, tobaksbruk, hög alkoholkonsumtion, behandling med kortison, neuroleptika, antidepressiva läkemedel, andra kliniska tillstånd associerade med insulinresistens, etnicitet med hög risk (Mellanöstern, Asien, Sydamerika och Afrika) och hög ålder. För de personer som har riskfaktorer är det viktigt att screena om de har tillstånd som hypertoni (blodtryck över 140/90 mmHg), lipid- dysfunktion, pågående hjärt-och kärlsjukdom, svårläkta fotsår eller graviditetsdiabetes. Vid konstaterad prediabetes tas dessa laboratorieprover: fP-TG, Kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, HbA1c (om ej kontrollerat vid screening), Hb, ALAT, kreatinin, eGFR, U-Alb/krea-index.

Behandling inriktas mot riskfaktorerna där t.ex. rökavvänjningsbehandling är viktigt. Levnadsvaneförändringar utgör första linjens behandling vid hypertoni, lipidrubbningar, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor. Om inte detta har gett önskvärd effekt på hypertoni eller lipidrubbningar inom tre månader ska farmakologisk behandling sättas in (Region Stockholm, 2020).

Övervikt och fetma

Den främsta orsaken till typ 2 diabetes är en obalans mellan energiförbrukning och energiintag (Avery m fl., 2012). Fetma orsakas av att överskottet på energi av en individs dagliga energiintag lagras som fett. Fetma är den överlägset största riskfaktorn till att utveckla diabetes typ 2. Där livsstil med minskad fysisk aktivitet verkar vara en av de viktigaste orsakerna till utvecklingen av fetma (Hansen m fl., 2011). Uppskattningsvis är ca 60-90 procent av fallen av typ 2 diabetes direkt kopplade till fetma. Att öka i vikt och då framför allt ett ökat bukomfång och ett överskott av visceralt fett leder till insulinresistens. När kroppen försöker att upprätthålla glukoshomeostas producerar bukspottkörtelns b-celler ökade mängder insulin (hyperinsulinemi). Detta kan leda till utmattning för b-cellerna som inte orkar producera i den mån som krävs och som med tiden blir allt sämre.

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

Adipocyterna (fettceller) är involverade i tillverkning och utsöndring av flera hormoner som ingår i den totala energi homeostasen. Vid viktuppgång ökar adipocyternas dysfunktion, vilket bidrar till ytterligare viktökning och försvårar viktnedgång. Det är av stor betydelse att gå ner i vikt då fetma kan påverka glukosnivåerna negativt och ge en ökad risk för flera andra sjukdomstillstånd än diabetes typ 2, såsom t.ex. hypertoni, hjärtinfarkt, angina, stroke, koloncancer, äggstockscancer och artros (Pipe-Thomas m.fl., 2013). Randomiserade studier visar att kosthållning som inte samtidigt leder till viktnedgång sällan leder till förbättrade laboratorievärden (SBU, 2010). En viktminskning med 10 % genererar en minskad total dödlighet med upptill 30 % och en 40 % minskning av diabetesrelaterade dödsfall (Pipe-Thomas m fl., 2013).

Levnadsvanor

Rökning

Daglig tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom och för tidig död. Det finns vetenskapligt belägg för att all rökning är skadlig och förenad med risk för ett femtiotal rökrelaterade sjukdomar som t.ex. cancer, hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes. Risken för dessa sjukdomar ökar beroende på hur många cigaretter som röks och antalet år. (Socialstyrelsen, 2018a). Forskning visar att rökning i samband med diabetes ökar kraftigt risken för diabetesspecifika komplikationer som neuropati, retinopati och neuropati samt att risken för svåråterläkta sår och amputationer ökar. Rökningen påskyndar att skyddskänslan reduceras och arterioskleros i stora och små kärl och ger skador på de små kapillärerna (Diabeteshandboken, 2015; Bartman m fl.,2017). Utöver detta leder rökning till ökad insulinresistens, ökat insulinbehov, frisättning av stresshormoner, försämrade syreupptagningsförmåga, tandlossning, höga triglyceridnivåer med sänkt HDL, osteoporos samt ökade fibrinogen nivåer. Trots de höga riskerna röker ca 14-15% av patienterna med typ 2 diabetes. Vid rökstopp återställs insulinkänsligheten efter åtta veckors rökfrihet (Diabeteshandboken, 2015). Nationella riktlinjer för diabetesvård (2015b) bedömer att stöd till rökstopp är av högsta prioritet.

Utifrån patientens egna förutsättningar, ska hen erbjudas hjälp med rökavvänjning i form av kvalificerat rådgivande samtal såsom t.ex. motiverande samtal, vilket ibland kombineras med läkemedel för rökavvänjning (t.ex. nikotinläkemedel eller Champix). Patienten remitteras ofta till en sjuksköterska/distriktssjuksköterska som har en vidareutbildning inom Astma/KOL och/eller är utbildad tobaksavvänjare (1177 Vårdguiden, 2020).

Alkohol

Enligt Nyström och Nilsson (2012) utgör alkohol den fjärde energiformen förutom fett, protein och kolhydrater. Den lagras som fett eller förbränns direkt utan att omvandlas till socker. Alkohol omöjliggör leverns omvandling till socker och glukosfrisättningen från levern till kroppen, vilket förhindrar bränsletillförseln till kroppen (Diabeteshandboken, 2020).

Måttlig vinkonsumtion kan ha gynnsamma metabola och kardiovaskulära effekter, medan öl lättare bidrar till utveckling av fetma då det består av extra mycket kalorier i form kolhydrater. Intag av stora mängder alkohol kan påverka insulinkänsligheten i levern negativt, vilket kan leda till högre blodsocker, hyperlipidemi och förhöjt blodtryck (Nyström & Nilsson, 2012).

Enligt Hirst m fl. (2017) skiljer det sig mellan olika länder avseende vad som klassificeras som ett moderat alkoholintag. I Storbritannien bör inte män dricka mer än 12cl till 16 cl starksprit per dag och kvinnor inte mer än 8cl till 12 cl starksprit per dag. I amerikanska dietriktlinjer betyder måttlig alkoholkonsumtion för kvinnor en daglig konsumtion på upp till 4cl starksprit per dag

och för män upp till 8 cl starksprit per dag. Diabeteshandboken (2020) definierar moderat alkoholintag som 10 g/dag för kvinnor och 20g/dag för män, vilket motsvarar 1-2 glas vin.

Diabetessjuksköterskan bör upplysa patienten om risk för hypoglykemi i samband med alkoholintag och i synnerhet patienter som har insulinbehandling. En väl sammansatt kosthållning är viktig för att förhindra allvarliga effekter (Diabeteshandboken, 2020). Vid alkoholöverkonsumtion ska patienter erbjudas rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal i form av t.ex. motiverande samtal. Det finns även andra behandlingsalternativ vid alkoholöverkonsumtion som t.ex. självhjälpsprogram på internet, rådgivning på telefon, kognitiv beteendeterapi (KBT), tolvstegsprogram och läkemedel (1177 Vårdguiden, 2020).

Kost

Det finns flera livsmedel och kosten som är lämpliga för den med diabetes och en väsentlig del i diabetessjuksköterskans arbete är att hjälpa patienter till att finna en bra kost som passar individens önskemål och behov. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har därför tagit fram en vägledning, kallad mat vid diabetes, vilken är baserad på en litteraturöversikt. Dessa livsmedel och kostråd har visat sig påverka majoriteten av riskfaktorerna vid diabetes, bland annat vikt, blodtryck, blodfetter och långtidsblodssocker (HbA1C) (Socialstyrelsen, 2011).

I SBU:s (2010) kostrekommendationer mat vid diabetes är de livsmedel och drycker som visat sig vara bra vid diabetes t.ex. fisk, fullkorn, frukt, grönt, nötter, jordnötter och kaffe och även alkohol i mindre mängd. Framför allt är det fyra kosten som rekommenderas, traditionell diabeteskost, måttlig lågkolhydratkost, medelhavskost, och traditionell diabeteskost med lågt glykemiskt index (GI). Dessa rekommendationer följer både den amerikanska och den europeiska diabetesorganisationen och vilka såväl som Sveriges nationella riktlinjer betonar att kostråden bör vara individuellt anpassade och utgå ifrån patientens egna önskemål. SBU menar att om den etiska grundprincipen om autonomi i kostrådgivning följs, det vill säga att en person med diabetes får tillräcklig information om olika kosters för- och nackdelar, skapar goda förutsättningar för personen att kunna göra egna val och nå de mål som satts upp när kostråden gavs.

Motion - fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet anses vara en av hörnstenarna i behandlingen av diabetes då det ger en positiv påverkan på insulinkänsligheten och minskar risken för hjärt-kärlsjukdom såsom blodfetter och blodtryck (Johansson & Wredling, 2011). Rekommendationen för fysisk aktivitet är minst 150 minuter i veckan med måttlig intensitet. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Intensiteten av träning kan kombineras och kan med fördel spridas ut över flera tillfällen under veckan. Måttlig intensitet i form av t.ex. cykling och promenader ger en förhöjd puls och andningsfrekvens som leder till förbättrad kondition, medan hög intensitet, t.ex. löpning, ger ännu bättre kondition. Det finns olika sätt att uppfylla dessa rekommendationer, exempelvis 30 minuters skyndsam promenad fem dagar i veckan eller löpning på 30 minuter tre dagar i veckan alternativt en kombination. Utöver detta rekommenderas en muskelstärkande aktivitet minst två gånger i veckan. Äldre över 65 år bör också träna sin balans. Valet av fysisk aktivitet vid hög ålder eller för personer med kroniska sjukdomstillstånd behöver anpassa sin fysiska aktivitet utifrån tillståndet och den egna förmågan. Längre stunder av stillasittande bör undvikas genom regelbundna bensträckare (Folkhälsomyndigheten, 2020; Nymberg & Drevenhorn, 2016).

Kennerly m fl. (2018) betonar att regelbunden fysisk aktivitet och att undvika långvarigt stillasittande är en central rekommendation för patienter med typ 2 diabetes. Aktiviteter som

löpning eller cykling i kombination med kost och medicinering är viktiga delar i behandlingen av diabetes. Flera studier visar att fysisk aktivitet och/eller motion ger en betydande förbättring av glukoskontroll och långtidsblodsocker (HbA1c) hos personer med typ 2 diabetes (Avery m fl., 2012). Pipe-Thomas m fl. (2013) visar på fler fördelar med regelbunden träning för dem med typ 2 diabetes. Det ger en lägre blodglukoskoncentration under och efter träning, förbättrad insulinkänslighet och lipidprofil, ökad energiförbrukning och en sänkning av blodtrycket för personer med mild till måttlig hypertoni. Träning i kombination med rätt diet för viktminskning leder till en minskad andel kroppsfett, ökad styrka, förbättrad kondition och dessutom ett ökat välbefinnande och en bättre livskvalitet.

Korkiakangas m fl. (2011b) betonar även att regelbunden träning bidrar till förbättrad sömn, vilket bidrar till en förbättrad viktkontroll, då sömnbrist är förknippat med ett förhöjt kroppsmasseindex (BMI) och fetma. Svensk diabetesvård ser en positiv vårdutveckling med krav på personal med pedagogisk utbildning, men fortfarande skiljer sig diabetesvården runt om i landet. Det finns förbättringsområden vad gäller hälso-sjukvårdens insatser för att stimulera patienterna till ökad fysisk aktivitet och rökstopp (Socialstyrelsen, 2015a).

Hos äldre patienter med typ 2 diabetes kan fysisk aktivitet få en betydande effekt i form av ökat socialt umgänge, vilket leder till bättre hälsa och motivation. Patienter beskriver att motivation är en viktig faktor för att kunna förändra livsstilen och att fysisk aktivitet ger bättre mental hälsa, njutning av träning, kondition, viktreglering, ökad arbetsförmåga och självständighet samt bättre livskvalitet (Korkiakangas m fl., 2011b). Livsstilsförändringar genom ökad fysisk aktivitet, hälsosamma kostvanor och viktminskning har visat sig vara effektiva för att förebygga typ 2 diabetes. Regelbunden träning förbättrar glukostoleransen och insulinkänsligheten och har positiva effekter på blodtrycket och HDL-kolesterolet, samt hjälper till att bevara viktnedgång och ger en ökad muskelmassa (Korkiakangas m fl., 2011a).

Tidigare forskning

Patienter med typ 2 diabetes rapporterar om flera hinder för att ägna sig åt regelbunden fysisk aktivitet till levnadsvaneförändringar som t.ex. årstidsvariation, väder, hälsoproblem, tidsbrist, krävande arbete, skiftarbete, och familjens åtaganden, ovillig till att träna och brist på träningsanläggningar (Korkiakangas m fl., 2011b). Hansen m fl. (2011) styrker detta samt att det finns fler försvårande faktorer till förändrade levnadsvanor som smärta, skiftande arbetsförhållanden, konflikter inom familjen, förändrade familjesituationer (t.ex. skilsmässor) samt barnomsorg. Även tidsbrist och brist på pengar har nämnts som hinder till fysisk aktivitet för personer typ 2 diabetes (McArthur m fl., 2014). Att familjen äter tillsammans kan vara en kamp för patienter med typ 2 diabetes, framförallt när deras partner föredrar mat som inte är lämplig för patienter med diabetes. I en studie av Ahlin & Billhult (2012) som inkluderade kvinnor med typ 2 diabetes sågs att de använde sin partner och andras handlingar som en ursäkt för att själva fortsätta med sina ohälsosamma levnadsvanor och att de hade svårt att hitta motivation till att genomföra levnadsvaneförändringar. I en studie där sjuksköterskor som arbetar med hälsofrämjande arbete deltog framkom det att de själva tyckte att det var svårt att själva följa livsstilsrekommendationer på grund av skiftarbete, familjeåtaganden och långa arbetspass (Heidke m fl., 2020).

I en intervjustudie med diabetessjuksköterskor beskrevs deras yrkesroll som komplex med flera förväntningar att uppfylla. De rapporteras vara mer bekväma med att tillhandahålla information om sjukdomen och behandlingar än att samtala om patientens egna hanterbara mål och stimulera patientens inre motivation till att genomföra levnadsvaneförändringar. Diabetesrådgivning inom primärvården utgår ofta från en checklista och är endast i liten utsträckning individualiserad och baserad utifrån patientens behov (Boström m fl., 2014).

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

I studien av Boström m fl. (2014) framkom också att det fanns en ambivalens gentemot att arbeta personcentrerat då det innebar en utmaning med ett annat arbetssätt som upplevdes svårt att utföra i praktiken samt innebar nya rutiner. Samtidigt upplevde diabetessjuksköterskorna att ett personcentrerat arbetssätt ledde till ökad förståelse för patienternas perspektiv gällande möjligheter, hinder och deras egenvårdsaktiviteter i det dagliga livet. Diabetessjuksköterskorna blev medvetna om att det fanns ett behov av att prata om svårighetsgraden av diabetes, vilket kunde användas som ett sätt för att motivera patienten att hantera sin sjukdom. De upplevde att ett personcentrerat arbetssätt berikade relationen med patienten och att det skapade bättre förutsättningar för att engagera sig i patientens liv.

Vårdvetenskapliga begrepp

Nationella riktlinjer för diabetesvård (2018b) belyser att hälsofrämjande arbete – Hälsopromotion, Empowerment och Personcentrerad vård har stor betydelse för diabetesvården i Sverige. Det är viktigt att diabetessjuksköterskor förhåller sig till det när de motiverar patienter med typ 2 diabetes till hälsosamma levnadsvaneförändringar.

Hälsofrämjande Arbete - Hälsopromotion

Hälsopromotion som även benämns som hälsofrämjande arbete, syftar till att främja hälsa på individnivå och på samhällsnivå. Det finns dock en skillnad vilket innebär att hälsopromotion innebär ett strukturerat helhetsperspektiv som inbegriper riktlinjer för praktiskt arbete (Pender m fl., 2015; Lundberg, m fl., 2017; Fors, 2015).

Begreppet hälsopromotion myntades i Kanada 1974 av dåvarande socialministern som ansåg att hälso- och sjukvården borde ändra prioritering och i första hand förebygga sjukdom framför behandling. I Ottawa, Canada, 1986 hölls den första internationella konferensen gällande hälsopromotion. Denna konferens innebar en början och utformning av policydokumentet: Ottawa Charter for Health Promotion. Där förklaras hälsopromotion som “the process of enabling people to increase control over, and improve their health.” (Fors, 2015, s. 227). Hälsopromotion ses även som en process som upplåter till flera metoder att arbeta hälsopromotivt. Arbetet med hälsopromotion på personnivå syftar till att människor motiveras till hälsosammare levnadsväl. På andra sätt sker hälsopromotion genom att samhället uppbringat samhällsförhållanden som är gynnsamma för hälsa och främjar till hälsosamma levnadsvanor (Fors, 2015). Pender m fl. (2015) beskriver att hälsofrämjande arbete understödjer levnadsvanor och beteenden som gör det möjligt för personer att öka deras möjligheter till förändringar på individuell, organisatorisk eller samhällelig nivå samt att hälsofrämjande arbete syftar till att öka välbefinnande och självförverkligande hos en individ eller grupp.

Hälsopromotion associeras med hälsoprevention (hälsoförebyggande arbete) (Fors, 2015) och delas in i primär- och sekundärprevention. Primärprevention är mer inriktat mot specifika målgrupper och människor som i större utsträckning löper risk att utveckla sjukdom och ohälsa. Sekundärprevention syftar till att förhindra ytterligare sjukdom (Pender m fl., 2015).

Svensk Sjuksköterskeförening (2008) menar att hälsofrämjande arbete bygger på att förstå individens livsvärld i samband med hälsa, lidande och sjukdom snarare än att sätta fokus på diagnos och problem. Att den hälsofrämjande omvårdnadens åtgärder grundas från ett perspektiv som präglas av dialog, delaktighet och jämlikhet.

Sociologen Aaron Antonovsky som utvecklade teorimodellen Känsla av sammanhang (KASAM) myntade ordet salutogenes, vilket är en central del av grunden i hälsopromotion. Ur ett salutogent perspektiv betonas den positiva betydelsen av hälsobegreppet och de faktorer som främjar och bevarar hälsa. I sin forskning såg Antonovsky att en del människor upplever sig ha

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

bevarad hälsa trots att de varit med om svåra motgångar. Han förklarade detta med att de har en stark KASAM. Kasam inbegriper tre begrepp, hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet och dessa begrepp är sammanlänkade. Ju starkare KASAM en person har desto större kapacitet, självständighet, och förmåga att hantera kriser (Fors, 2015). Vidare ansåg Antonovsky att hälsan alltid är närvarande och upplevelsen av den varierar, men att människor alltid strävar mot ett välbefinnande (Insulander & Björvell, 2017).

Empowerment

Begreppet empowerment associeras både med hälsopromotion och personcentrerad vård (Korp refererad i Fors, 2015). Empowerment är en process där målet är att åstadkomma förutsättningar för patienten att ta mer kontroll över sin hälsa (Leverack refererad i Fors, 2015). Utgångspunkten är att varje människa besitter kraft och resurser genom att vara människor. Empowerment innebär ett aktivt deltagande och samverkan mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal för att identifiera och locka fram patientens inneboende ”kraft”, vilken kan vara dold av t.ex. ett sjukdomstillstånd, och använda den som en tillgång i vården. Grundtanken i empowerment baseras alltså på att människor har förmåga och kapacitet att definiera sina egna problem och hitta strategier och lösningar på dessa. Att alla människor har en inneboende kapacitet förenar hälsopromotion med personcentrerad vård (Fors, 2015).

Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård jämförs nationellt och internationellt med god, humanistisk vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2020) och ses utifrån tre nyckelbegrepp; partnerskap, dokumentation och patientberättelse. Personcentrerad vård innebär att se personen bakom patienten med sin diagnos genom att lyssna in personens tankar, erfarenheter, kunskap, känslor, historia och värderingar. Genom att lyssna på patientens berättelse kan kunskap nås och själva kärnan av patientberättelsen är hur patienterna upplever och tolkar sjukdomstillstånd och symptom som påverkar det dagliga livet, samt vilka resurser och möjligheter patienten upplever sig ha utifrån sin livssituation (Ekman m fl., 2011). I partnerskapet ingår det att skapa de bästa förutsättningar för personen att tillsammans med personalen fatta goda evidensbaserade val i relation till sin sjukdom/hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). Begreppet partnerskap skiljer sig från begreppet delaktighet i den mening att partnerskap ställer högre krav på att båda parter möts på lika villkor och visar respekt för varandras kunskap och också befäster detta med ett dokument, en personlig hälsoplan (Fors, 2015) Hälsoplanen upprättas för båda parter och ses som ett stöd för hur vården skall genomföras och säkerhetsställas (Ekman m fl., 2011).

Diabetessjuksköterskans arbete och diabetesteamet

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att förebygga sjukdom, lindra lidande, återställa och främja hälsa. Den etiska koden betonar att individen har rätt till egna val och att bli bemött med respekt samt att sjuksköterskan ska jobba inom ramen av moraliska och etiska ansvar i sitt handlande och sina bedömningar (ICN; den etiska koden, 2017). Diabetessjuksköterskan har en central roll i diabetesteamet där en betydande del av arbetet innebär att ge stöd, motivera, undervisa och handleda patienter med typ 2 diabetes till att lyckas med egenvården på bästa möjliga sätt och med ett gott välbefinnande. Utöver detta ligger det i diabetessjuksköterskans uppgifter bl.a. årlig kontroll av patienternas fötter och att skicka remiss till fotvårdsspecialist vid behov, synkontroll för nyupptäckt diabetes skickas till ögonmottagning, samt utprovning av diabeteshjälpmedel och hjälpmedel för administrering av insulinbehandling (Socialstyrelsen, 2018b). Diabetessjuksköterskan bör även vara väl insatt i medicinsk behandling, vilket innebär att kunna följa upp och föreslå en medicinsk behandling när levnadsvaneförändringar inte räcker till för att upprätthålla rekommenderade nivåer av blodglukosvärden (Socialstyrelsen, 2018b; Sorman, 2012).

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

Diabetessjuksköterskan ska bidra till att patienten känner sig trygg samt finnas till hands när problem uppstår. Dessutom ska diabetessjuksköterskan erbjuda både teoretisk och praktisk information till patienter med typ 2 diabetes om levnadsvanors påverkan på glukostoleransen (Sorman, 2012). Vidare belyses att det inte är lätt att ändra levnadsvanor, särskilt för patienter med typ 2 diabetes varför denna patientgrupp behöver diabetessjuksköterskans stöd och uppmuntran till levnadsvaneförändringar. Det är viktigt att kunna ha en rak kommunikation och kunna samtala om kost, motion och även om tobak och alkoholvanor så att diabetessjuksköterskan kan förklara hur detta påverkar kroppen och sjukdomen och förhoppningsvis guida patienten rätt så att denne kan göra hälsosamma val (Sorman, 2012).

I diabetesteamet ingår utöver diabetessjuksköterskan flera andra yrkesprofessioner. Diabetesläkare har ett övergripande ansvar för patientens medicinska diabetesvård samt NDR registrering (Berne, 2012). Dietisten arbetar preventivt med kostbehandling i samarbete med patienten och övriga i teamet. Utöver detta har dietisten särskild kunskap om nutrition och kostbehandlingsalternativ som gör det möjligt för patienten att göra välgrundade val utifrån egna förutsättningar (Adolfsson, 2012). Foterapeuten har en betydande roll genom att förebygga, undersöka och behandla diabetesfötter. Patienter med komplicerade fotproblem skall erbjudas hjälp av specialister, vid behov från ortoped, ortopedtekniker, kärlkirurg och infektionsläkare (Sandberg, 2012). Kuratorer och fysioterapeuter inkluderas också i diabetesteamet. Enligt Nationella riktlinjer för diabetesvård ska diabetessjuksköterskan och diabetesteamet arbeta personcentrerat. Tillsammans med patienten sätter teamet upp mål för behandlingen som grundar sig i att förbättra patientens livskvalitet och minska risken för komplikation. Teamet tar hänsyn till patientens förmåga att klara av behandlingen och för att uppnå bra resultat måste patienten vara väl insatt i sin behandling och ta stort ansvar för sin egenvård (Socialstyrelsen, 2018a).

Orems beskrivning av egenvård innebär; en frisk person som utan andras hjälp skötar sin hälsa och klarar av sina personliga behov i vardagen (Insulander & Björvell, 2017). Egenvård vid diabetes medför allt det man själv klarar av att utföra för att må bra oavsett sjukdom (Wikblad, 2014). Diabetes typ 2 kräver god egenvårdshantering för att förhindra de förödande konsekvenserna av höga blodglukosnivåer. Egenvårdshantering består av kontroll och uppsikt av blodsockernivåer, sund kosthållning och fysisk aktivitet som individer kan göra på egen hand. Hälsöfrämjande och förebyggande beteende för egenvård behöver tillsyn och besök hos vårdgivare för att förhindra diabeteskomplikationer (Sorman, 2012). Ofta är det svårt för patienten att motivera sig själv till egenvård då vinsterna ofta kommer långsiktigt och det kostar på att alltid hantera sin sjukdom, därför är det viktigt med hela diabetesteamets kompetens och stöd (Wikblad, 2014).

Patientutbildning i egenvård har en väsentlig roll i mötet av personer med typ 2 diabetes. Gruppbaserad utbildning skall erbjudas till patienter med typ 2 diabetes med ledning av sjukvårdspersonal med pedagogisk kompetens inom ämnesområdet (Socialstyrelsen, 2018b). Utbildning av egenvård vid diabetes utförs antingen i grupp, individuellt eller tillsammans med anhöriga med stöd av informationsbroschyrer, böcker och internet (Berne, 2012). Patienten är en viktig resurs då det är viktigt att egenvården är anpassad och tar hänsyn till varje individs syn på sin hälsa och sjukdom för att utbildningen ska vara så verksam som möjligt (Berne, 2012; Socialstyrelsen 2018b).

Enligt Lautizen m fl.; Beglund och Kneck är interaktion en väsentlig del i det lärande mötet, där kommunikation i form av dialog mynnar ut i delad kunskap, erfarenheter och ömsesidigt förtroende. Patienten kan på så sätt få möjlighet att bejaka och pröva sina tidigare föreställningar och erfarenheter och även finna vägar och lösningar. I möten där patienter blir sedda, bekräftade och lyssnade på får de chans att utveckla en inre kapacitet och mognad. Detta ger goda

Det krävs kommunikationskompetens hos den som ”undervisar” för att det skall bli en dialog i mötet. På senare år har motiverande samtal (motivational interviewing =MI) lyfts fram som en lämplig kommunikationsmetod i svensk sjukvård (Klang Söderkvist, 2017).

Motiverande samtal

Motiverande samtal är en specifikt utformad samtalsmetod som syftar till att hjälpa en människa till förändring på hans egna villkor. Metoden bygger på fyra principer; visa empati, utveckla diskrepans, stärka patientens egen kompetens och att minska patientens motstånd till förändring (Wikblad, 2012; Österlund Efraimsson, 2017). Det är en samtalsmetod som inriktar sig på att ändra patientens ohälsosamma levnadsvanor genom att uppmuntra dem att kartlägga och förstå deras beslutssvårigheter. I arbetet med patienter med typ 2 diabetes handlar det om att fokusera på möjligheter och att stödja patienten till att bedöma vad de behöver ändra, om förändringen är möjlig och hur den förändringen kan uppnås (Mullimba & Bayron-Daniel, 2014).

Österlund Efraimsson (2017) menar att motiverande samtal är en samarbetsinriktad och personcentrerad kommunikationsmetod för att stödja patienter med typ 2 diabetes till att genomföra levnadsvaneförändringar. Diabetessjuksköterskan behöver lyssna och försöka förstå patientens situation, deras vilja och perspektiv för att kunna hjälpa patienten att ta egna beslut för att göra en förändring. Motiverande samtal innefattar också att medvetandegöra patienten om risker med sitt beteende, problem som eventuellt kan uppkomma och dess konsekvenser. Ansvaret för att göra förändringen ligger på patienten, som tar ställning till hur förändringar ska genomföras och vilka mål de vill uppnå. Patientens känsla av engagemang, benägenhet att ta eget ansvar och vilja för att genomföra förändringar på eget bevåg är viktiga. Deras oro om sjukdomen och dess komplikationer kan bidra till att skapa den motivation som behövs för att ta till sig mer hälsosamma levnadsvanor, vilket är en nyckelfaktor för verksam behandling av sjukdomen (Hansen m fl., 2010). Uppmuntran, stöd, regelbundna och positiva effekter av fysisk aktivitet förstärker motivationen hos patienter med typ 2 diabetes. Att dela med sig av sina positiva upplevelser (t.ex. av att vara fysiskt aktiv) till andra kan i sin tur bygga upp motivationen hos flera (Korkiakangas m fl., 2011a). För patienter med typ 2 diabetes och i synnerhet för de som har en låg tilltro till sin förmåga kan motiverande samtal ha en stödjande effekt som möjliggör för patienten att mobilisera de resurser som krävs för att hantera sin diabetes och ta en mer aktiv roll i hanteringen av sjukdomen (Rosenbek m fl., 2011).

Problemformulering

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som påverkar hela människan och orsakar lidande samt leder till för tidig död. Denna sjukdom förväntas accelerera och kommer kräva mer av sjukvårdens resurser i anspråk. Men denna utveckling kan motverkas och förhindras genom att minska riskfaktorer och anta mer hälsosamma levnadsvanor med god egenvård. Nationella riktlinjer för Diabetesvård förespråkar en personcentrerad vård och att hälsosammare levnadsvanor befrämjas för patienter med typ-2 diabetes.

Flera av patienterna med typ 2 diabetes upplever svåra hinder att förändra levnadsvanor. För att förhindra allvarliga komplikationer, andra sjukdomar och ohälsa är det viktigt att diabetessjuksköterskor lägger stor vikt vid (och förklarar behovet av) levnadsvaneförändringar i form av exempelvis fysisk aktivitet och en hälsosam kosthållning. Diabetessjuksköterskans

främsta utmaning består utav hur denne på bästa sätt kan motivera patienten att ändra sina nuvarande levnadsvanor, bekräfta, uppmuntra och vägleda patienten åt rätt håll och låta denne själv förstå innebörden av förändringen. Detta är intressant och en stor utmaning, därför vill vi inom ramen av vårt examensarbete inom specialistutbildning mot diabetesvård fördjupa oss i erfarenheter av detta arbete hos yrkesverksamma diabetessjuksköterskor.

Syfte

Syftet med examensarbetet är att beskriva diabetessjuksköterskors erfarenheter av att motivera och stödja patienter med typ 2 diabetes till att göra hälsosamma levnadsvaneförändringar.

Metod

Design

Vi valde att använda en kvalitativ studiedesign, där datainsamlingen gjordes genom intervjuer, vilket är en lämplig ansats för att beskriva personers upplevelser och erfarenheter om ett fenomen (Polit & Beck, 2017; SBU, 2014). Intervjuer gör det möjligt att ta del av diabetessjuksköterskors erfarenheter utifrån deras berättelser. Enligt Polit & Beck (2017) är det grundläggandet målet med en kvalitativ design att få fram kunskap om ett fenomen som det erfars, tolkas och av vilken relevans det tillskrivs av människor. Studien utgår från en induktiv ansats som baseras på människors berättelser om sina upplevelser, då vi förutsättningslöst ville söka efter mönster och åskådliggöra variationer av det insamlade intervjumaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv ansats tar sin utgångspunkt från innehållet i texten och fångar även upp olika perspektiv (Polit & Beck, 2017). En manifest innehållsanalys användes där författarna lade fokus på vad som uttrycks konkret, det som faktiskt sägs och skriv (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Ett bekvämlighetsurval användes i denna studie. Det betyder att informanterna finns åtkomliga för forskaren (Polit & Beck, 2017). Vi har valt att inkludera yrkesverksamma diabetessjuksköterskor eller distriktssjuksköterskor som arbetar i primärvården inom Västra Götalandsregionen. Vi fördelade inbjudningar jämnt mellan privata och offentliga vårdcentraler. Ett inbjudningsbrev skickades via mejl till primärvårdscheferna och verksamhetscheferna för respektive område och vårdcentral (se Bilaga II och III). I urvalsprocessen strävade vi efter att identifiera deltagare som kunde ge informationsrika beskrivningar av fenomenet samt kunde besvara forskningsfrågan och studiens syfte (Polit & Beck, 2017). Inklusionskriterierna till studien var diabetessjuksköterskor eller distriktsjuksköterskor med vidareutbildning inom diabetesvård (minst 15 hp) och som arbetar på vårdcentraler med patienter med typ 2 diabetes. Författarna skickade ut brev i två omgångar till vårdcentraler. I ett första skede till sju vårdcentraler och därefter till ytterligare sju. Tio av dessa tackade nej på grund av överbelastning, tidsbrist och uppsagd personal. Från de andra fyra vårdcentralerna rekryterades fyra informanter. Den rådande Covid-19 pandemin försvårade möjligheten att få tag på intervjudeltagare. Via författarnas egna nätverk rekryterades ytterligare fyra informanter. Det slutliga urvalet utgjordes av åtta diabetessjuksköterskor varav fem arbetar på privata vårdcentraler och tre på offentliga. Deltagarna var alla kvinnor, två av åtta hade utländskt bakgrund. Åldern på deltagarna varierade mellan 35 och 60 år med sammanlagt 34 års erfarenhet, den med lägst erfarenhet av att arbeta inom diabetesvården hade åtta månader och den med längst sex års erfarenhet. Bakgrundsdata sammanfattas i tabell 1.2

Tabell 1.2 *Sammanställning över informanter och vårdcentraler*

Variabel	Variation	Median
Ålder	35- 60 år	48,5 år
Yrkeserfarenhet som sjuksköterska	11-43 år	22 år
Yrkeserfarenhet som diabetessjuksköterska	1-15 år	3,5 år
Utbildningsnivå som sjuksköterska	135-390 högskolepoäng	232,5 högskolepoäng
Utbildningsnivå inom diabetes	15 - 30 högskolepoäng	15 högskolepoäng
Antal listade personer på vårdcentralen	6,000 - 28,400 personer	10,000 personer
Antal listade personer med diabetes	200-800 personer	405 personer

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer. Författarna använde sig av en intervjuguide med öppna frågor, där frågorna formulerades utifrån studiens syfte (Bilaga IV). En diabetessjuksköterska som var bekant med författarna deltog i en pilotintervju. Enligt Polit och Beck (2017) är det fördelaktigt med en pilotintervju för att kunna korrigera frågorna och dess utformning i intervjuguiden. Danielsson (2012) anser också att en pilotintervju ger författarna möjlighet till att kontrollera om tiden är hållbar. Polit och Beck (2017) påvisar att frågorna skall vara tydliga och lättförståeliga för deltagarna och att intervjuaren skall vara väl förberedd innan intervjuerna. Författarna bedömde inte att intervjuguiden behövde justeras utan enades om att pilotintervjun skulle inkluderas i datainsamlingen då den var rik på innehåll och svarade an på studiens syfte.

Deltagarna som medverkade i studien kontaktades via e-post och telefon, där de själva fick bestämma tid för intervjun. På grund av den pågående Covid-19 pandemin och för att undvika fysisk kontakt föreslog författarna att intervjuerna skulle genomföras digitalt (Folkhälsomyndigheten, 2020). Polit och Beck (2017) menar att intervjuaren skall eftersträva så att informanterna känner trygghet under intervjun, då det främjar till att våga tala fritt och ärligt om sina personliga erfarenheter. En av författarna genomförde sex intervjuer via zoom och den andra författaren gjorde två intervjuer via telefon enligt överenskommelse mellan författarna och deltagarna med hänsyn till Covid-19 pandemin. Tiden för intervjuerna varierade mellan 24 - 50 minuter. Två intervjuer ägde rum under arbetstid och de övriga intervjuerna genomfördes efter arbetstid i deltagarnas hem. Samtliga intervjuer spelades in på mobil eller diktafon och transkriberades ordagrant. De inspelade intervjuerna som gjordes via mobil överfördes direkt till datorn och raderas på mobilen därefter. Datorn och diktafon var inlåsta och lösenordskyddat för sekretess.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ manifest innehållsanalys som har fokus på att organisera, delge, utforma och framkalla mening från den berättande texten (intervjudata). Kvalitativ innehållsanalys innebär att data delas upp i mindre enheter (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa meningsenheter utgörs av ord, meningar eller stycken som innehåller aspekter relaterade till varandra genom innehåll och sammanhang. En meningsenhet är i huvudsak det minsta segmentet i en text som innehåller en igenkännlig bit information. Etiketterna som är fästa vid meningsenheterna är koderna. Koder är heuristiska anordningar. Genom att märka en kondenserad meningsenhet med en kod kan data skapas på nya och olika sätt. Framgången för en innehållsanalys är mycket beroende av kodningsprocessens integritet. Koder är i sin tur grunden för att utveckla kategorier. I det som ibland hänvisas till som sekundär kodning innebär skapandet av kategorier att man samlar meningsenheter som fångar ämnena i ett ämne - som passar in i ett kluster (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna lyssnades på flera gånger samt lästes upprepade gånger efter transkribering för att författarna skulle bli väl insatta i texten och för att kunna identifiera likheter och olikheter. I texten letade författarna efter sammanhörande teman/mönster. Meningsbärande enheter plockades sedan ut och kondenserades i kolumner i enlighet med Graneheim & Lundman (2004). Detta gjorde författarna både var och en för sig men också tillsammans. Kondenseringarna dubbelkontrollerades mellan författarna så att de överensstämde mellan varandra. Därefter gick författarna tillbaka för att kondensera om de meningsbärande enheterna. Kodningen och skapandet av kategorier genomförde författarna tillsammans. Se tabell 1.3

Tabell 1.3 - Exempel på Kodning

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod
Det bygger, det hjälps att man har en bra relation till sina patienter, försöker alltid få mig att det är deras beslut. Jag kan rådgöra, ge information och ge vissa riktlinjer, föreslår behandlingsalternativ som väljer helt och hållet hur mkt själva de vill och orkar	Det hjälps att ha en bra relation till patienterna, det är alltid deras beslut. Diabetessjuksköterskan redogör, ger information och arbetar utifrån riktlinjer, patienterna väljer helt och hållet och hur de vill och orkar.	Tillitsfull relation
En del har ont överallt i kroppen, oftast är det svårt med allting då patienterna har jobbigt att röra på sig	Smärtan kan förhindra patienter till fysiskt aktivitet.	Fysiska hinder
...att man inte släpper dem ett till år, utan att de får lite pushning i början, att de ser, de får resultat som gör att de känner sig motiverade att fortsätta.	Att inte släppa dem, pusha så att de ser och får resultat och blir motiverade till att fortsätta	Uppmuntra och bekräfta

Etiska överväganden

Författarna följde etiska riktlinjer och de fyra etiska kraven; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet enligt Vetenskapsrådet (2017). Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) skall muntlig och skriftlig information ges till forskningspersonen gällande den övergripande planen, syftet med forskningen, metoden, följer och risker som kan uppstå, vem som är huvudman och att deltagandet i forskningen är frivilligt och när som helst i processen kan avbrytas utan reprimander. Först när informerat samtycke är medgivet blir det tillåtet att involvera individen i forskningen (Cöster, 2014; Etikprövningsmyndigheterna, 2020). I regeringens promemoria står det ”-Alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor inte kan identifieras av utomstående. I synnerhet gäller detta uppgifter som kan uppfattas vara etiskt känsliga”(Regering, 2015).

Innan intervjuerna genomfördes skickade författarna forskningspersonsinformation (FPI) till deltagarna via e-post vilket (Bilaga I) samt till berörda verksamhetschefer på vårdcentralerna (Bilaga III). Detta för att informera deltagaren om studiens syfte och metod. I FPI:n delgavs även att deltagandet och medverkan var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbrytas utan att ange orsak (se Bilaga I). Vidare att allt material som används i studien kommer att hanteras konfidentiellt och att inspelade intervjuer kommer att raderas efter studien har presenterats och godkänts (Coster, 2014). Denna information upprepades även innan intervjuerna påbörjades.

Etikprövningslagen anser inte att det behövs någon ansökan till etisk prövning i det arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå (SFS 2003:460).

Vi var eniga om att intervjuerna inte genomfördes av någon som kände deltagarna. Detta för att de skulle känna sig bekväma och undvika någon lojalitetskonflikt.

Risk - Nyttja Analys

I vår FPI ingick det en risk och nytta analys för deltagarna av studien där vi inte ansåg att studien utgjorde någon risk för fysisk skada men att den kunde utgöra en nytta genom att väcka en reflektion om deras arbetslivserfarenheter genom våra intervjufrågor. Detta kan tillföra ny kunskap, väcka nya tankar som kan leda till ett nytt arbetssätt. Dock såg vi en risk i att reflektioner skulle kunna väcka obehagliga minnen. Vi var tydliga med att den som intervjuades när som helst kunde avbryta intervjun och om de ville kunde vi ge samtalsstöd.

Resultat

Analysen av intervjuerna genererade fyra kategorier och 12 subkategorier vilka presenteras i tabell 1.4.

Tabell 1.4. *Resultat kategorier och subkategorier*

Kategorier	Subkategorier
DIABETESSJUKSKÖTERSANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT GENTEMOT PATIENTEN	Patientens berättelse som utgångspunkt
	Tillitsfull relation
DIABETESSJUKSKÖTERSANS STRATEGIER TILL	Information och kunskap
	Uppmuntra och bekräfta

MOTIVATIONSFRÄMJANDE ARBETE	Vara lyhörd - Hitta nyckel
BETYDELSE AV SAMVERKAN OCH STÖD	Multiprofessionellt teamarbete
	Patientens sociala nätverk
	Organisatoriska utmaningar
ATT HANTERA PATIENTERS HINDER OCH BARRIÄRER	Brist på motivation
	Fysiska hinder
	Kulturella skillnader
	Ekonomiska skäl

DIABETESSJUKSKÖTERSANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT GENTEMOT PATIENTEN

Patientberättelsen som utgångspunkt

Diabetessjuksköterskorna berättade att de utgick från patientens berättelse och situation och strävade efter att ha en dialog med patienten.

“Man utgår från patienten och har dialog med patienten vad denne tycker om och vi peppar dem då de tycker det jobbigt med minsta förändring”

De betonade att det var patienten som styrde samtalet och att de anpassade motivationsstrategier utifrån patientens berättelse, förutsättningar och nuvarande situation. De såg det som viktigt att beslut och genomförande av levnadsvaneförändringar sker på patientens villkor.

“det är individen som styr hela tiden hur vi motiverar patienterna”; fråga patienten hur vill du gå vidare? Om patienten själv gärna önskar ett stöd”; “Det är vem du är? vad du tycker om? och vad du alltid har gjort och vi skall hitta förändring som de tycker du om “

“Många undrar vad de skall göra för förändringar då utgår vi från hur de ser ut idag”

“Men det är ju väl tycker jag mycket att man lägger över ansvar till patienten så att de känner att de är själva och inte ingen annan som kan styra eller bestämmer utan att det är deras eget val och det är de som ska göra jobbet men man får stötta dem och hjälper dem vid behov så att man inte stor predikar och säger det här måste du göra, utan att det här är bara rekommendationer så här, är det upp till dig om du vill vara med och förändrade det”.

Tillitsfull relation

Att motivera patienten till hälsosamma levnadsvanor handlar om att etablera en tillitsfull relation med patienterna för att kunna vägleda dem att fatta rätt beslut. Diabetessjuksköterskorna gav förslag om behandlingsalternativ när den andra behandlingen inte funkade, och beskrev att de alltid jobbar enligt Nationella riktlinjer för diabetesvård. En diabetessjuksköterska pratade om hur viktigt det var att inte skuldbelägga patienten vid brist på motivation. Hon menade på att de hade det redan tufft.

“det bygger ju på det och det hjälps ju att man har en bra relation till sina patienter och jag försöker alltid tänka på att det är deras beslut. Jag kan bara redogöra, jag kan ge information och jag kan ge vissa riktlinjer och jag föreslår behandlingsalternativ sådana här saker men det är patienten som väljer helt och hållet hur mycket själva de vill och orkar”

En diabetessjuksköterska nämnde att hon nådde patienten genom att lära sig deras språk.

“Har börjat med det, de tänker att här har vi en sjuksköterska som inte kommer från mitt hemland men hon försöker lära sig mitt språk för vi ska ha en bra relation, min upplevelse är att vi har fått en bättre relation”

DIABETESSJUKSKÖTERSKANS STRATEGIER TILL MOTIVATIONSFRÄMJANDE ARBETE

Information och kunskap

Diabetessjuksköterskorna beskrev att en viktig del av arbetet var att patienten får tydlig och rätt information om hur levnadsförändringar kan påverka hälsan på ett positivt sätt. De kartlade olika sätt att förmedla information till patienten. De berättade om kost som är positiv och hur patienterna kan tänka eller byta ut vissa matvaror med bra alternativ. De gav kunskap om kosten och hur den påverkar kroppen och framför allt blodsockret och de frågade sedan patienterna om vad de kunde tänka sig att ta bort eller byta ut. Kunskap och råd gavs efter patienternas förutsättningar och vilja.

En diabetessjuksköterska tyckte att det var utmanande att samtala om kost med patienter som kommer från andra länder, att motivera dem att ta bort saker som påverkar deras blodsocker negativt. Diabetessjuksköterskorna använde blodsockermätare i ett pedagogiskt syfte och förklarade hur de fungerade och hur man mäter blodsockret innan och efter måltid. De uppmuntrade även patienterna att använda den innan och efter promenader, och patienterna fick information om hur fysisk aktivitet och maten påverkar deras blodsockervärden.

Diabetessjuksköterskorna använde även diabeteshandbokens hemsida och informationsbroschyrer för att förmedla kunskapen. När det gäller prediabetes och patienter med nydebuterad typ 2 diabetes berättade diabetessjuksköterskorna att de gav information som var viktig i början, de försökte att inte ge all information på en gång utan de hade täta möten istället. Diabetessjuksköterskorna nämnde även att fysisk aktivitet alltid togs upp i mötet med patienten, de rekommenderade FAR-recept men de var inte alltid lockande för patienter med typ 2 diabetes.

Diabetessjuksköterskorna betonade även vikten av rökstopp för patienter med typ 2 diabetes. En diabetessjuksköterska uttryckte det som att det var prio ett i förändring av levnadsvanor. Ingen av diabetessköterskorna nämnde att de diskuterade alkoholvanor.

“kosten kan man påvisa enkla socker söta saker som är lätt att byta ut något de inte kommer sakna så jättemycket; [] sen motion när de börjar testa blodsockret syns det att en promenad gör skillnad”

“Man får ju prata om sjukdomen, eventuella risker som kan bli om man får rörliga värden åhhh syn komplikation och berätta också och trycka verkligen på betydelsen av inaktiv livsstils och bra kost som är den första behandlingen, den viktigaste behandlingen är ju hur de sköter sin livsstil, det är viktigare än tabletter och så vidare “

Diabetessjuksköterskorna upplyste om alternativ då patienterna inte hade möjlighet till t.ex. promenader som att minska på energiintaget genom att exempelvis ta mindre portioner. Deras frågor gjorde att patienterna började reflektera kring sina levnadsvanor.

“och sen får de ofta lite informationsmaterial som oftast är lättläst och kortfattat. Vi pratar också, ställer frågor hur känns så med den här; [] när man får frågor och så ska de reflektera eller det blir ju naturligt att de reflekterar och kanske tar nya beslut, som en lärande vändpunkt”

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

De flesta diabetessjuksköterskorna önskade hålla i grupputbildningar, en hade planerat en grupputbildning men under Covid pandemin blev denna inställd.

Uppmuntra och bekräfta

Diabetessjuksköterskorna nämnde några sätt de använde för att uppmuntra patienten till att förändra sina levnadsvanor. Att ge patienten möjligheter att öka intensiteten efter egen ork och takt. Diabetessjuksköterskorna upplevde att flera patienter med typ 2 diabetes behövde bli uppmuntrade eller få en extra skjuts för att få till minsta förändring i sina levnadsvanor.

“Försöker enkelt som möjligt, försöker framställa om rekommendationen att man ska röra på sig 30 minuter per dag. Man kan bryta ner det, finns forskning som visar om man promenerar 10 minuter per dag gör det samma skillnad” [] Beror på hur det har fungerat, försöker peppa och fortsätta vad du nu gör. Just nu ser värden jättefina ut, du står på låg dos och det här jättebra. Trivs du så här, fortsatt så här. Har de gjort flera förändringar utan att bli bättre då får man ju fundera lite grann. Det finns inte rätt och fel på den delen, kanske finns bättre alternativ”

“ Först kartlägga vad de är, vad har de för fysiskt aktivitetsnivå för närvarande, har de ingen eller lite får man försöka uppmuntra att öka, har de mycket handlar om att balansera, öka intensitet”

“Att man inte släpper dem, får lite pushning i början. Att de ser, får resultat som de känner sig motiverade att fortsätta”

Diabetessjuksköterskorna använde sig även av en annan faktor som kunde motivera patienterna när de låg högt i sina HbA1c värden genom att de visade fakta och samtalade om riskerna för komplikationer med att ha förhöjda blodsockervärden.

“Om de inte uppnått målen brukar prata utifrån HbA1c om vad som ska ske om inte förändrats sina levnadsvanor till bättre”

När patienterna skapade nåbara mål utifrån sina egna resurser ansågs detta framgångsrikt, ett sätt att nå förändring till hälsosammare levnadsvanor och när patienterna lyckades och fick bekräftelse på detta ökades motivationen hos dem. Diabetessjuksköterskorna hade olika sätt att hjälpa patienterna att sätta mål, gemensamt var att målen inte skulle vara för stora. Flera hjälpte patienterna att sätta delmål.

“Vissa av dem vill gå igång och vill göra allt perfekt, nästan så man lugnar och stoppar så att de maktar med det hela. Man kan lägga på lite grann sedan får man se”

“Jag trycker mycket på att man inte kan göra allt men man kan göra några steg i taget, det är oftast regelbundenheten som är viktigast att skruva på några parametrar i kosten och ändra lite och successivt trappa upp motions nivån så att man inte går hårt fram utan att man tar det stegvis hela tiden”

Diabetessjuksköterskorna ställde alltid frågor till patienterna om vad de kan och vill göra själva och lät dem få reflektera.

“Varje individ är unik och de har olika tankar - Jag frågar den frågan vad behövs, vad skulle, vad är det som skulle till för att du skulle ändra dina vanor”

“kan de få det att göra en förändring, hur det ser ut idag? Vi tittar på hur de har det när de frågar vad jag ska göra för förändringar. Måste veta hur de lever idag”

“Som metodik följer man väl mycket MI, de handlar om att plocka upp patienternas egna resurser, möta dem och förstärka det positiva, börjar i liten skala och ökar förutsättning”.

Vara lyhörd - hitta nyckel

En del patienter nämns som särskilt utmanande att motivera exempel de med minnessvikt och nedsatta kognitiva funktioner samt de med alkoholproblem men flera av diabetes sjuksköterskorna menade generellt för att motivera deras patienter gällde att vara lyhörda för att hitta just det där som fick patienterna med sig och motiverade och som kunde väcka lust för förändring och att detta skiljde sig från person till person.

“Man får hitta något guldgruva som patienten blir motiverad av dem och förändra sina levnadsvanor “

“Försöker hitta vad de tycker är viktigt i livet, viktigt för dem att de ska må bra. Försöker driva mot att de satsar på sig själva” [] “ att komma igång och börjar prova någonting, att anpassa, det handlar ju om att väcka lust för något”

BETYDELSE AV SAMVERKAN OCH STÖD

Multiprofessionellt teamarbete

Diabetesteamet var ett viktigt stöd för diabetessjuksköterskan för att kunna hjälpa patienten att komma vidare och nå målet med hälsosamma levnadsvanor och ett förbättrat sjukdomstillstånd. Diabetessjuksköterskorna remitterade patienterna till andra yrkeskategorier, exempelvis dietist när patienten behövde mer hjälp att kartlägga kosten, fysioterapeut när det gäller fysisk aktivitet, kurator när det fanns behov av samtalsstöd kring den psykiska hälsa och tobaksavvänjare när patienten vill sluta röka.

“En levnadsvana som är egentligen nummer ett att åtgärda med diabetes är rökstopp. Just med rökning är det upplevt mycket svårt att motivera att sluta. Den har vi en rökavvänjningssköterska som man kan erbjuda att boka”

En del diabetessjuksköterskor tyckte att det var lätt att diskutera sina tankar med en diabetesläkare medan andra saknade stöd från att ha just en diabetesläkare. Diabetessjuksköterskorna nämnde att de hade väldigt bra samarbete med andra i teamet och att de fått god hjälp av rehab och FYSS och FAR mottagningar.

Patientens sociala nätverk

I intervjuerna framkom att det var svårare att motivera patienterna till hälsosamma levnadsvanor om de saknade stöd hemifrån. Diabetessjuksköterskorna såg behovet av att inkludera patientens sociala nätverk och de uppmanade patienterna att ta med närstående eller anhöriga till besöken, eller frågade patienterna om de fick ringa till närstående eller anhöriga. Diabetessjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att de fick samma information som patienterna och de betonade att det är en stor fördel om närstående eller anhöriga är insatta i sjukdomen och vad det innebär att ha diabetes typ 2.

“ja absolut, jag tror att det är en jättestor fördel om anhöriga sitter med exempelvis en man, de säger att frun lagar mat och jag kommer bara in och äter maten. De hade varit fördel att båda varit med, fick tips och råd. Oftast har de inte alltid sin fru vid sidan”

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

“Det är väldigt viktigt att partner eller den man lever med förstår vikten av en bra livsstil och kosthållning. Många drar med sin familj, de tränar och promenerar ihop eller båda förändrar kostvanorna då blir det positiv effekt på partnern med och så blir de sporrade”

Diabetessjuksköterskorna beskrev även att patienterna behövde extra stöd från vården vid olika tidpunkter i deras liv, att detta var individuellt och kunde bero på olika saker som exempelvis chock vid debut eller progress av diabetes typ 2, men att det gällde att vara lyhörd och finnas där för dem och försöka ge dem det stödet som behövdes.

“Finns det vissa som haft diabetes i många år, blir de gamla och sköra så de tar med sig sina barn - Man stöttar det är jätteviktigt tycker jag för åh bibehålla motivationen och livsförändringar, de kan inte själva längre utan får stöttning även familjen “

Organisatoriska utmaningar

En del diabetessjuksköterskor upplevde att de hade svårt att få tiden att räcka till för patienterna med typ 2 diabetes. När det var brist på personal behövde de göra andra arbetsuppgifter på vårdcentralen, men förväntades ändå hinna med diabetesmottagningen. De fick då prioritera det mest akuta på diabetesmottagningen vilket upplevdes som att ”släcka bränder”. En del upplevde också att de saknade förståelse och stöd från chefen vilket sammantaget påverkade deras egen motivation.

“man försöker hålla gnistan uppe, det är viktigt att man har en fungerande diabetesmottagning att man träffas sina patienter”

Alla diabetessjuksköterskor berättade att de blev motiverade av sina patienters framgångar och att detta betydde mycket för dem.

ATT HANTERA PATIENTERS HINDER OCH BARRIÄRER

Diabetessjuksköterskorna beskrev att patienterna uttryckte hinder och barriärer till att genomföra levnadsvaneförändringar som t.ex. brist på tid, brist på motivation, kulturella åsikter/tankar, språksvårigheter - svårt att förstå, har inte råd, vädret (kallt, halkigt, regn) och brist på tid. Diabetessjuksköterskorna upplevde att dessa skäl påverkade deras sätt att motivera patienten till att förändra sina levnadsvanor.

Brist på motivation

Diabetessjuksköterskorna upplevde att flera patienter med typ 2 diabetes hade låg motivation, vilket innebar en utmaning i deras arbete att försöka motivera till levnadsvaneförändringar. Detta hade blivit än mer märkbart under den rådande Covid-pandemin då flera undvek att gå ut på grund av rädsla för att bli smittade, att de inte ville gå ut där det fanns mycket folk och/eller vara i nära kontakt med någon.

“Ett annat hinder är det ju fysiskt aktivitet är oftast att det är kallt ute, man har ingen lust och det är jobbigt att tar sig ut, och just nu under Covid 19 är det ju många som är rädda för att gå ut och det är ju förståeligt”

Fysiska hinder

Diabetessjuksköterskorna berättade att patienterna hade svårt att röra på sig, träna eller gå ut på promenader dagligen på grund av att de hade ont i foten, knät, höften eller i kroppen. Smärtan begränsade dem att kunna utöva någon fysiskt aktivitet. Diabetessjuksköterskorna försökte förklara vikten av och fördelarna med fysiskt aktivitet för att förbättra sina blodsockervärden och att även kortare promenader gör skillnad. Diabetessjuksköterskorna betonade att patienterna kunde anpassa sin motion efter dagsform, t.ex. efter hur ont eller hur mycket de orkade för

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

stunden och att intensiteten kunde anpassas relaterat till det. För en del patienter som var äldre och sköra och hade begränsade möjligheter att röra på sig försökte diabetessjuksköterskorna ge förslag på enklare aktiviteter som de kunde utföra hemma. De upplevde att det var svårt att motivera till fysisk aktivitet då patienterna behövde lyssna på sin kropp och anpassa sin fysiska aktivitet efter hur mycket kroppen klarar av.

“En del har ont överallt i kroppen, oftast är det svårt med allting då patienterna har jobbigt att röra på sig”; “Om man har ont och av den anledningen ser de inte någon möjlighet att börja”

“Åh, en del av dem har ont överallt i sin kropp, de får svårt de att röra sig men oftast så har det svårt med allting, då patienterna de har jobbigt i sitt liv liksom”

Kulturella skillnader

Diabetessjuksköterskan upplevde det var svårt att kommunicera med patienter som hade svårt med språket, svårigheter att förstå eller de som kom från ett annat land och som var vana vid andra levnadsvanor.

“Det är stort, de som har svårt och förstå, språkmässig[] ”det finns några som inte tar ut sina läkemedel på grund av att de inte förstår”

Diabetessjuksköterskorna försökte anpassa och förmedla informationen på ett förståeligt sätt, de använde sig av informationsbroschyrer på olika språk eller tog hjälp av tolk så att budskapet skulle komma fram och för att säkerställa att patienterna hade förstått innebörden, vilket i sin tur kan leda till motivation.

“Det finns ett stort utbud på informationsbroschyrer på olika språk att lämna till patienten”

“Jag har tolkbesök ibland då märker man de har andra kostvanor som inte vi har i Sverige, då blir det ett annat tänk, jag är inte van”

Det upplevdes också utmanande och svårt att hjälpa andra att ändra sina vanor beroende på hur de ser på sin kropp. Patienterna hade olika föreställningar om vad som är fint och inte fint, bra eller dåliga matvaror samt vad ord såsom mängder, stor, lagom eller lite egentligen betyder. Diabetessjuksköterskorna försökte ändå anpassa rekommendationerna efter patienternas behov och förståelse, t.ex. att ge förslag på mindre kostförändringar som kunde ske stegvis och att de kunde byta ut lite av varje. Alla diabetessjuksköterskor nämnde att de hade otillräcklig kunskap om kost och matvanor i främmande kulturer.

“Jättestora skillnader, skrämmande de finns kulturer som det är fint att vara stor och tjock och det gör att det blir problem när de försöker röra på sig, vissa kulturer så äter man bröd till allt. Det är ju kolhydrat faktor i kosten som är onödig”

Ekonomiska skäl

När det gällde förskrivning eller användning av mediciner tyckte diabetessjuksköterskorna att det var svårt, då en del patienter inte hade råd att köpa dyra mediciner. Diabetessjuksköterskorna försökte förklara att det var bättre att lägga fokus på att förändra levnadsvanorna när patienterna tyckte att medicinerna var för dyra. De berättade att en del patienter hade dyra mediciner som de hämtade ut till en början, men att de slutade när högkostnadsskyddet hade gått ut och de var tvungna att börja betala igen för att åter komma upp i högkostnadsskyddet. Diabetessjuksköterskorna nämnde att en del patienter inte hade råd med kostnaden för återbesök.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva diabetessjuksköterskors erfarenhet av att motivera och stödja patienter med typ 2 diabetes till att göra hälsosamma levnadsvaneförändringar. För att svara an på syftet valdes därför en kvalitativ studiedesign. Författarna ansåg att det var en adekvat metod för att få en fördjupad förståelse av diabetessjuksköterskornas upplevelser.

Trovärdighet handlar om studiens fokus och hur väl data analyseras. Den uppstår när man fattar beslut med fokus på studiens syfte, urval, deltagare och datainsamling. Genom att inkludera deltagare med olika erfarenheter, kön och åldrar ökar möjligheten för att belysa studiens syfte utifrån olika aspekter, vilket ger en större variation av fenomenet. Att välja den lämpligaste metoden för datainsamling och mängden data är viktigt för att skapa trovärdighet. Tillförlitligheten i studiens resultat beror även på hur väl kategorier och teman täcker data samt frågan om hur man bedömer likheterna och skillnader mellan kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Då validiteten sjunker genom att författarna inte hade tidigare erfarenhet av kvalitativ studiedesign samt liten erfarenhet av intervjuer valde författarna att använda sig av en intervjuguide med förvalda frågor för att på detta sätt stärka validiteten av studien. Dessa frågor diskuterades ihop med handledare för att kunna fånga och inte missa något som gällde studiens syfte.

Författarna hade i ett första skede som ambition att använda ett strategiskt urval, men på grund av pandemin var det svårt att få informanter till studien. Därför blev det ett bekvämlighetsurval där informanter delvis valdes genom författarnas eget nätverk. För att undvika bias har författarna sett till att inte intervjua någon som de har i sitt respektive kontaktnät.

Författarna skickade först flera inbjudningar inom Västra Götalandsregionen (VGR) men då det var svårt att få återkoppling skickades även inbjudningar till vårdcentraler utanför VGR. Sammantaget rekryterades sju informanter inom VGR och en som arbetade utanför VGR. Sammanlagt inkluderades fyra deltagare genom utskickade inbjudningar, och fyra genom det egna nätverket. Inklusionskriterierna var diabetessjuksköterskor eller distriktssjuksköterskor med vidareutbildning inom diabetesvård som hade erfarenhet av diabetesvård och att de arbetade på en vårdcentral. Författarna försökte fördela inbjudningarna mellan privata och offentliga vårdcentraler för att få ett mer representativt urval. Författarna hade önskat att få intervjua en manlig diabetessjuksköterska för att få variation även vad gäller kön.

Deltagarnas arbetslivserfarenhet som diabetessjuksköterska skiljde sig mellan 1- 15 år. Alla hade gedigen sjuksköterskeutbildning och diabetesutbildning mellan 15-30 hp. Giltigheten av studien styrks genom att deltagarna har erfarenhet inom det eftersökta området (Graneheim & Lundman, 2004). När sex deltagare hade intervjuats bedömde författarna att det behövdes ytterligare intervjuer för att få mer variationsrik data. Efter åtta genomförda intervjuer gjorde författarna bedömningen att det fanns tillräckligt med variationsrik data och beslutade att inte genomföra mer intervjuer i enlighet med Henricsson & Billhult (2016).

Initialt kondenserades de meningsbärande enheterna för grovt samt så skedde en dubbel kontrollering, vilket delvis kan förklaras av författarnas brist på erfarenhet av kvalitativ analys.

Detta kan ses som en svaghet i arbetet. Styrkan blev då att båda författarna var noggranna att de meningsbärande enheterna besvarade vårt syfte.

Författarna var medvetna om att de hade en förförståelse genom att de båda har erfarenhet av att arbeta med människor som har diabetes typ 2. I och med att författarna var medvetna och reflekterade över detta hoppas författarna ha minimerat risken för att ha påverkat studiens resultat. Författarna såg sina tidigare erfarenheter som en tillgång då frågeguiden utformades genom att risken för att missa att ställa någon relevant fråga relaterat till arbetet som diabetessjuksköterska reducerades. Intervjufrågorna har även diskuterats med handledare och annan vårdpersonal innan intervjustart. Intervjuguiden testades också i en pilotintervju. Trots det märkte författarna efter hand att frågeguiden hade kunnat reduceras vad gäller antalet frågor. Vi noterade att vi ofta fick svar på nästkommande fråga som inte var ställd.

Resultatdiskussion

Diabetessjuksköterskorna som intervjuades hade lång erfarenhet av att jobba med patienter med typ 2 diabetes på en vårdcentral. De beskrev att en grundläggande del av arbetet med patienter med typ 2 diabetes var att ge råd om kost och motion samt patientundervisning. De arbetade även till stor del med hälsopromotion. De såg att de hade en viktig funktion i att hjälpa, motivera och vägleda dem till hälsosamma levnadsvaneförändringar. Dessutom behövde de försäkra sig om att patienterna fått nödvändig information om sin diagnos och dess komplikationer. För att kunna motivera patienterna krävs att patienterna har vilja och förutsättningar samt att diabetessjuksköterskan utgår från deras egen förmåga och livssituation. Egenvård är en viktig del av diabetesbehandlingen men främjandet av egenvård är en utmaning både för diabetessjuksköterskor och patienter med typ 2 diabetes (Rosenbeck Minet m fl., 2011). Tidigare forskning har visat att diabetesvården kan vara en stor källa till stöd, både emotionellt och praktiskt, då patienter har svårigheter att hantera sin sjukdom (Engstrom Svedbo m fl., 2016).

I intervjuerna framkom det att patientens egen vilja är avgörande till förändring och att det är viktigt att diabetessjuksköterskan anpassar stödet efter patientens individuella behov. Det är viktigt för patienten att hantera situationen och känna en känsla av sammanhang. Langius - Eklöf (2011) visar att en persons förmåga att hantera ansträngande situationer förutsätter att man förstår och ser mönster i händelserna och känner motivation att kunna påverka. Diabetessjuksköterskorna ansåg även att vissa patienter hade högre KASAM genom att de hade självinsikt i sin sjukdom, hög motivationsfaktor till förändring med stöd av vården och anhöriga.

Resultatet visade också att det finns olika sätt att nå patienten i syfte att öka hans motivation att förändra sina levnadsvanor. Det framkom att diabetessjuksköterskan i samtalen med patienterna kartlade och utgick från var patienten befann sig motivationsmässigt och hur långt de kommit i att förändra sina levnadsvanor. Om motivationen till att förändra var låg försökte diabetessjuksköterskorna hitta faktorer som kunde skapa motivation framöver t.ex genom att använda reflekterande och motiverande samtal och vara lyhörda för vad patienten berättar. Att integrera med patienten och vara god en lyssnare menar Brobeck m fl. (2014) är en förutsättning för att motiverande samtal skall lyckas. Patienter har ofta blandade känslor om en förändring när de både vill och inte vill. Centralt i motiverande samtal är att hjälpa människor att lösa denna ambivalens genom att fokusera på patientens egen uppfattning och motivation. När motiverande samtal fungerar arbetar personalen på ett som minimerar motstånd och uppmuntrar diskussioner om förändring och patientens engagemang, vilket ökar chanserna till att han eller hon faktiskt kommer att uppnå förändringen. Brobeck m fl. (2014) lyfter även att stöden via motiverande samtal skapade en känsla av välbefinnande och ökade motivationen att hantera levnadsvaneförändringar.

I studien lyfte diabetessjuksköterskorna vissa försvårande omständigheter som påverkade patientens motivation och svårigheter att genomföra levnadsförändringar som smärta, rädsla och brist på motivation. När patienterna hade sådana hinder påverkade det sannolikheten att kunna genomföra levnadsvaneförändringar. Diabetessjuksköterskorna försökte hitta patienternas egen kraft (empowerment) genom att uppmuntra patienten så gott det var möjligt utifrån patientens förmåga och de lyssnade och lockade fram förslag och mål för att kunna genomföra förändringar. Engström-Svedbo m fl. (2016) menar också att det är väsentligt att vårdgivare och patienterna delger varandras kunskap och erfarenhet för gemensamt beslutsfattande.

Det är viktigt att patienten bekräftas när de uppnår såväl små som stora mål. Detta ökar motivationen och möjligheten att uppnå hälsosammare levnadsvanor (Brobeck m fl., 2014). Det är även av stor betydelse att ha ett gott samarbete med patienten, anhöriga och andra i teamet för att kunna påverka motivationen. Det behövs även samverkan och stöd från andra håll utöver vården. Engström-Svedbo m fl. (2016) visar att brist på stöd kan relateras till känslor av besvikelse, att känna sig ensam och öka bördan av diabetessjukdomen.

Diabetessjuksköterskorna ansåg att det är betydelsefullt att inte sätta upp för stora mål, utan att arbeta med delmål som sattes in steg för steg och som var möjliga för patienterna att nå. Det belyser att diabetessjuksköterskorna fokuserade på patientens möjligheter till förändringar som redan fanns hos patienterna, att de mötte patienterna utifrån deras egna resurser och försökte förstärka det positiva. Uppnådda mål hos patienterna ansågs höja motivationen till att fortsätta. När motivationen brister hos patienterna var det viktigt att inte skuldbelägga vilken kan leda till att patienterna känner sig misslyckade. Brobeck m fl. (2014) visar att patienter känner sig bekräftade då de möts med respekt.

Resultatet visade även att diabetessjuksköterskorna ansåg att patienter med typ 2 diabetes behöver hjälp och stöd av sina anhöriga, att de också får information om sjukdomen och dess effekter och att de även förstår betydelsen av hälsosamma levnadsvanor vilket också bekräftas i en studie av Korakiakangas m fl. (2011a; 2011b). Vid besöken hos diabetessjuksköterskorna pratade de mycket om kosten som är en stor del av besöket. Diabetessjuksköterskorna tyckte att både patienter och anhöriga skall få information huruvida kosten påverkar blodsockervärden. Diabetessjuksköterskorna uppmanade patienterna att de behövde avsätta tid för detta samt att det då blir lättare för dem om de får med familjen i rätt riktning och att det kan bli en positiv synergieffekt. Det framkom även i resultatet att behovet av stöd från familj och andra kunde skifta under patienternas liv. Kontinuitet upplevdes som viktigt för att upprätthålla motivationen och ibland behövdes tätare kontakt och uppföljning. Diabetessjuksköterskorna ansåg att de fick god hjälp av Fyss och FAR-mottagningar och av en del andra i teamet, dock saknades ibland stöd av diabetesläkare.

Resultatet visade att diabetessjuksköterskorna har en central roll inom diabetesvården genom att informera, utbilda och motivera patienten till hälsosamma levnadsförändringar, samt ge förslag på behandlingar utifrån varje patients individuella behov och förutsättningar. Personcentrerad vård har lyft fram som ett av tre centrala mål i regeringens inriktning för en nära och tillgänglig vård (SOU 2020:19). Ordet personcentrerad nämndes inte i intervjuerna men det framkom att diabetessjuksköterskorna arbetade utifrån patienternas förutsättningar, vilja och mål, men att de emellanåt tappade fokus på hur de skulle få fram detta. Det framkom även att det behövs mer motiverande samtal i diabetesvården idag för att motivera patienterna att gå från kunskap till handling. Forskning visar att det kan upplevas svårt att anta ett personcentrerat förhållningssätt. I en studie av Boström m fl. (2014) beskrev diabetessjuksköterskor att de upplevde känslor av att mista kontrollen samt att det tycktes ta mycket tid i anspråk. Att arbeta personcentrerat upplevdes lättare med tiden då de fick en fördjupad relation och förståelse för sina patienter, de såg sig som medmänniskor eller guider till att hjälpa patienterna till att välja den bästa vägen till välbefinnande. Diabetessjuksköterskorna försökte få patienterna att berätta vad de tyckte och

kände. Ekman m fl. (2011) menar att det är viktigt i personcentrerad vård att lära känna personen bakom patienten - som en människa med förnuft, vilja, behov och känslor. Att ge patienten möjlighet att berätta om sig själv och sin sjukdom. Detta för att engagera patienten att vara en aktiv partner i hens vård och behandling. En diabetessjuksköterska i vår studie formulerade sig att det är individen som styr hela tiden hur diabetessjuksköterskor skall motivera sina patienter, exempelvis använda sig av reflekterande frågeställningar; vad tycker du om? hur vill du gå vidare? och vad önskar du för stöd?

Sex av åtta diabetessjuksköterskor i vår studie påtalade att arbetsbördan var för tung och att de inte hann med sina patienter, men att det ändå förväntades av dem att sköta en 100 % diabetesmottagning på 50 % av sin tid. En granskningsrapport från diabetesvården från landstinget Västmanland (2017) styrker att det saknas tid för patienterna.

Det står i hälso- och sjukvårdslagen (217:30) att "Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" För att uppfylla detta mål behövs kunskap och resurser, I en vision att försäkra patientsäker och jämlik vård har Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård (SFSD, 2013) i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening, Diabetesförbundet och Svensk förening för diabetologi utarbetat en rekommendation där 400 patienter med diabetes typ 2 anses vara ett rimligt antal för en diabetessjuksköterska att ansvara för en diabetessjuksköterska inom primärvården på en 100 % tjänst.

Enligt Nationella riktlinjer vid diabetesvård prioriteras grupputbildning i egenvård för diabetes typ 2 högt (prio 3) och bör ledas av dem med ämneskompetens och pedagogisk utbildning (Socialstyrelsen, 2018a). Diabetessjuksköterskorna i vår studie önskade grupputbildningar för sina patienter, men endast en av åtta hade 30 hp i diabetesvård vilken innebär de andra saknade den kompetensen som det krävs för att hålla i en grupputbildning. Det uppfattades i intervjuerna som om de var omedvetna om att de saknade utbildning/kompetensen. En diabetessjuksköterska berättade att det var epidemin som hade stoppat grupputbildningen. Grupputbildningar skulle vara välgörande för patienterna då detta kan leda till ökat lärande, självförtroende och ökad motivation att hantera diabetes. Det kan även ge förbättrade familjerelationer samt delad gemenskap med andra (Kjellsdotter m fl., 2020; Christie m fl., 2014).

Det som framkom i samtal med diabetessjuksköterskorna var att de flesta inte hade varit på någon teamträff med andra diabetessjuksköterskor. De tyckte att det skulle vara bra att ha sådana träffar och att det fanns behov av att utväxla erfarenheter. En diabetessjuksköterska berättade att de hade träffar inom sitt område och att detta var mycket uppskattat.

Slutsats

Studien belyser att diabetessjuksköterskorna motiverade patienten utifrån deras berättelse, egna val och förmåga till hälsosamma levnadsförändringar. Men för att det skall bli en bra utgångspunkt för patienten att göra detta är det viktigt att patienter får nödvändig information om sjukdomen, dess komplikationer och hur levnadsförändring påverkas sjukdomen positivt. Det är också av stor betydelse att diabetessjuksköterskor redan innan de motiverar patienter till levnadsförändringar reflekterar över vem de har framför sig och att de är lyhörda, och ser vad patienten befinner sig, vad de klarar av både fysiskt och emotionellt samt att de bekräftar personen. Diabetessjuksköterskorna ser att patienterna behöver stöd både från vården och från familjen för att lättare genomföra levnadsvaneförändringar. Det framkom att de tyckte det var viktigt att involvera patientens anhöriga och att de fick kunskap om sjukdomen och dess effekter och komplikationer. Diabetessjuksköterskorna har en bra grund för att kunna motivera sina

patienter, men det finns problem i att de saknar tid vid varje besök, de känner sig stressade när patienterna har behov av tätare besök och framförallt när patienter visar förhöjt blodsockervärde. De har svårt att utföra sitt arbete när de saknar engagemang och stöd från ledningen. De blir åsidosatta till att hantera andra uppgifter på vårdcentralen än diabetesmottagningen. Diabetessjuksköterskorna efterfrågade utbildning och kompetens inom pedagogik för att kunna utföra grupputbildningar. Teamträffar med andra diabetessjuksköterskor skulle vara nyttigt vilket hade lett till möjligheter att utväxla erfarenheter och reflektera tillsammans.

Kliniska implikationer

Vi har några förslag som vi tycker kan vara ett stöd för diabetessjuksköterskor att motivera patienter med typ 2 diabetes till levnadsförändringar. Förhoppningsvis kan dessa också vara ett stöd till arbetsgivarna.

- Diabetessjuksköterskor är i behov av fler verktyg för att motivera sina patienter till förändringar av sina levnadsvanor. Diabetessjuksköterskor behöver ges möjlighet till att gå utbildningar, exempelvis motiverande samtal och grupputbildningar inom pedagogik samt möjlighet till kurser om personcentrerad vård.
- Diabetessjuksköterskor bör lyfta frågan till arbetsgivarna om att organisera grupputbildningar till patienter med typ 2 diabetes för att öka motivation till levnadsförändringar.
- Diabetessjuksköterskor bör lyfta frågan till arbetsgivarna om teamträffar tillsammans med andra diabetessjuksköterskor på andra vårdcentraler för att skapa samverkan och reflektion.
- Diabetessjuksköterskorna behöver även sträva efter att avsätta mer tider till deras schema så de är i linje med Socialstyrelsens rekommendationer om att ha 400 patienter på en heltidstjänst.

Förslag till forskning

Vi har förslag till vidare forskning som kan vara intressant för vårdgivare och patienter med typ 2 diabetes och deras anhöriga.

- En intervjustudie med patienters anhöriga, om hur de motiverar och hjälper patienter med diabetes typ 2 till förändring av levnadsvanor. Det skulle vara intressant att veta mer om deras tankar om detta.
- En observationsstudie av mötet mellan diabetessjuksköterskorna och patienterna vid besöken, om hur diabetessjuksköterskor använder sig av motiverande samtal när de träffar patienter med diabetes typ 2.

Referenslista

Adolfsson, E. (2012). Dietisten. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2.uppl., s.67-70). Lund: Studentlitteratur AB.

Ahlin, K., & Billhult, A., (2012). Lifestyle changes - a continuous, inner struggle för women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(1), 41-47. Hämtad 13, december 2020 från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22324486/doi:10.3109/02813432.2011.654193>.

American Diabetes Association. (2021). *Know your risk prediabetes*. Hämtad 2021, 8 januari från: <https://www.diabetes.org/diabetes-risk/prediabetes>

Avery, L., Flynn, D., van Wersch, A, Sniehotta, F., & Trenell, M., (2012). Changing Physical Activity Behavior in Type 2. Diabetes. A systematic review and meta-analyses of behavioural interventions. *Diabetes care*, 35(12), 2681-2689. Hämtad 2020, 1 december från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507564/>

Bartman,W., Nabrdalik, K., Kwiendacz,H., Sawczyn,T., Tomasik, A., Pierzchała, K.,... Gumprecht, J. (2017). Association between carotid plaque score and microvascular complications of type 2 diabetes. *Polish archives of Internal Medicine*, 127(6), 418-422. Hämtad 2021, 22 januari från <https://www.mp.pl/paim/issue/article/4024>

Berne, C. (2012). Läkaren. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2.a uppl., s. 49-58). Lund: Studentlitteratur.

Boström, E., Isaksson,U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, Å. (2014). Patient-centred care in type 2 diabetes – an altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(4), 675- 682. Hämtad 2021, 18 februari från <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12092>

Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 1-14. Hämtad 2021, 5 mars från <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-13>

Christie, D., Thompson R., Sawtell, M., Allen, E., Cairns, J., Smith, F., ... Viner, R. (2014). Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation - the CASCADE study. *Health Technol Assess* 18(20), 1-202. Hämtad 2021, 18 februari från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24690402/> doi: 10.3310/hta18200.

Codex. (2013). *Regler och riktlinjer för forskning, informerat samtycke*. Hämtad 2020, 29 november från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Dalhberg, Karin (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare* (2.a uppl.). Lund Studentlitteratur.

Diabetesförbundet. (2020, 2 november). *Lär dig om diabetes*. Hämtad 2021, 30 januari från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/>

Diabetesförbundet. (2020, 28 okt). *Typ 2 diabetes*. Hämtad 2021, 30 januari från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/typ-2/>

Diabeteshandboken. (2020). *Rökning och snus*. Hämtad 2021, 21 januari från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/17.-r%C3%B6kning-och-snus-13754735>

Diabeteshandboken. (2020). *Kost och alkohol*. Hämtad 2021, 24 januari från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/8.-kost-och-alkohol-13754389>

Diabeteshandboken. (2020). *Debutsymtom*. Hämtad 2021, 30 januari från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/4.-debutsymtom-13715947>

Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E,...Sunnerhagen, KS. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(4), 248-51. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Epub 2011 Jul 20.

Engström Svedbo, M., Leksell, J., Johansson, U-B & Gudbjörnsdottir, S. (2016). What is important for you? A qualitative interview study of living with diabetes and experiences of diabetes care to establish a basis for a tailored Patient- Reported Outcome Measure for the Swedish National Diabetes Register. *BMJ Open* 6(3), 1-9. Hämtad 2021, 17 februari från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27013595/doi: 10.1136/bmjopen-2015-010249>.

Frid, A (2012). Mikrovaskulära komplikationer vid typ 2 diabetes. I Nyström & Nilsson (Red.), *Diabetes och metabola syndromet* (1:a uppl., s. 99-109). Pozkal: Författarna och Studentlitteratur
Folkhälsomyndigheten (2020, 25 november). *Lokala allmänna råd för covid-19*. Hämtad 2020, 29 november från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/lokala-allmanna-rad/>

Folkhälsomyndigheten. (2020, 27 november). *Fysisk aktivitet - rekommendationer*. Hämtad 2020, 1 december från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet--rekommendationer/>

Fors, A. (2015). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt. I I. Ekman, (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård Från filosofi till praktik* (1.a uppl., s. 226-244). Stockholm: Liber AB.

Graneheim, UH & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24:

Hansen, E., Landstad, B., Hellzé, O., & Svebak, S., (2011). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. *Caring Sciences*; 25: 484 - 490. Hämtad 2021, 24 februari från [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21175731/DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21175731/DOI:10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x)

Heidke, P., Madsen, W., & Langham, E., (2020). Registered nurses as role models for healthy lifestyles. *Australian Journal of Advanced Nursing* 37 (2), 11-19. Hämtad 2021, 9 januari från <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/detail/detail?vid=23&sid=0a1e7d1e-4992-4abf-83fe-459d72c2d402%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=142739790&db=c8h>

Hirst, J. A., Aronson, J.K., Feakins, B.G., Ma, C., & Farmer, A.J (2016). Short- and medium-term effects of light to moderate alcohol intake on glycaemic control in diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Diabetic Medicine Diabetes UK Know Diabetes Fight Diabetes*, 34 (5), 604- 611. Hämtad 2021, 23 januari från <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.ub.gu.se/doi/full/10.1111/dme.13259>

Höfling, K. (2014). Prediabetes. I K. Wikblad. *Omvårdnad vid diabetes* (2:a uppl., s. 249-262). Lund: Studentlitteratur AB.

Insulander, L & Björvell, H (2017). Patient empowerment - ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist, (Red.), *Patientundervisning* (3:e uppl., s. 135-158). Lund: Studentlitteratur AB.

International Council of Nurses, ICN. (2017). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*.

Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening Hämtad 2021, 8 januari från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Johansson, U-B & Wredling, R (2012). Diabetes hos vuxna. I K. Wikblad. *Omvårdnad vid diabetes* (2.a uppl., s. 227 - 236). Lund: Studentlitteratur.

Kennerly, A-M., & Kirk, A. (2018). Physical activity and sedentary behaviour of adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Practical Diabetes*, 35(3), 86-89. Hämtad 2021, 6 mars från <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/pdi.2169>

Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebesen, E., Kvick, J., & Andersson, S. (2020). To take charge of one's life - Group-based education for patients with type 2 diabetes in primary care - a lifeworld approach. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1-10. doi:10.1080/17482631.2020.1726856

hämtad 2021- 02- 18 från

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2020.1726856>

Klang Söderkvist, B. (2017). Undervisningsprogram - praktiska råd, genomförande och uppföljning. I B. Klang Söderkvist, (Red.), *Patientundervisning* (3:e uppl., s. 229-253). Lund: Studentlitteratur AB.

Klang Söderkvist, B. (2011). Salutogenes och känsla av sammanhang. I B. Klang Söderkvist, (Red.), *Patientundervisning* (2:a uppl., s. 57-76). Lund: Studentlitteratur AB.

Kokiakangas, E., Alahuhta, M., Husman, P., Keinänen - Kiukaanniemi, S., Taanila, A., & Laitinen, J. (2011a). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 62-69. Hämtad 2021, 1 januari från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20384973/2011> doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x.

Korkiakangas, E., Taanila, A. M., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2011b). Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the 30 Oulu sub study of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Health & Social Care in the Community*, 19(1), 15-22. Hämtad 2020, 13 december från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21143540/DOI:10.1111/j.1365-2524.2010.00942.x>

Lundberg, K., Jong, M. C., Kristiansen, L., & Jong, M. (2017). Health Promotion in Practice-District Nurses ' Experiences of Working with Health Promotion and Lifestyle Interventions Among Patients at Risk of Developing Cardiovascular Disease. *Explore: The Journal of Science & Healing*, 13(2), 108–115. Hämtad 2021, 24 januari från: DOI: 10.1016/j.explore.2016.12.001 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28094228/>

McArthur, D., Dumas, A., Woodend, K., Beach, S., & Stacey, D.,(2014). Factors influencing adherence to regular exercise in middle-aged women: a qualitative study to inform clinical practice. *BMC Women's Health*, 14(49), 3-8. Hämtad 2020, 13 december från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24666887/doi:10.1186/1472-6874-14-49>

Mulder, H (2017) Diabetes Mellitus - *Ett metabolt Perspektiv*. (3:e uppl., s. 131-146). Lund: Studentlitteratur.

Mullimba, A., & Bayron – Daniel, J., (2014). Motivational interviewing – based interventions and diabetes mellitus. *British Journal of Nursing*, 23(1), 8-14. Hämtad 2021, 7 mars från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24406490/DOI:10.12968/bjon.2014.23.1.8>

Nymberg, P., & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 349 – 355. Hämtad 2020, 1 december från <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12254>

Odgaard, J & Nyström, M. (2017). *Revisionsrapport Granskning av diabetesvården*. Landstinget Västmanland. Hämtad 2021, 17 februari från <https://regionvastmanland.se/globalassets/regionvastmanland.se/politik/revisionsrapporter-2017/rappport-granskning-av-diabetesvarden.pdf>

Pipe-Thomas, P., Storey, C., & Phillips, A. (2013). Type 2 diabetes: the importance of managing weight. *Practice Nursing*, 24(6), 276-282. Hämtad 2020, 9 december från <https://www-magonlinelibrary-com.ezproxy.ub.gu.se/doi/abs/10.12968/pnur.2013.24.6.276>

Polit, D & Beck, C (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10:e uppl., s. 463-491). Philadelphia: Wolters Kluver.

Polit, D & Beck, C (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10:e uppl., s. 530-556). Philadelphia: Wolters Kluver.

Region Stockholm. (2020, december) *Ett kunskapsstöd för dig som arbetar i primärvården*. Hämtad 2021, 25 januari från <https://viss.nu/sok?query=Prediabetes>

Rosenbek Minet, L. K., Lønvig, E-M., Henriksen, JE. & Wagner, L. (2011). The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing. *Qualitative Health Research*, 21(8), 1115-1126. Hämtad 2020, 12 december från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21471428/doi:10.1177/1049732311405066>.

Sandberg, M. (2012). Foterapeuten. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2:a uppl., s. 71-75). Lund: Studentlitteratur.

Rossen, J., Yngve, A., Hagströmer, M., Brismar, K., Ainsworth, B., Iskull, C.,...Johansson, U-B. (2015). Physical activity promotion in the primary care setting in pre- and type 2 diabetes- The Sophia step study, an RCT. *BMC Public Health*, 647(15), 2-11. Hämtad 2021, 5 mars från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4499440/>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2021, 17 februari från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SOU 2020: 19. *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Stockholm: Regeringskansliet. Hämtad 2021, 6 mars från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019/>

Socialstyrelsen. (2011, 7 november). *Kost vid diabetes- en vägledning till hälso- och sjukvården*. Hämtad 2020, 10 december från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2011-11-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2015a). *Nationella riktlinjer - Utvärdering Huvudrapport: Diabetesvård Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Hämtad 2020, 14 december från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2015-2-1.pdf>

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

Socialstyrelsen. (2015b). *Nationella riktlinjer för diabetesvård - Vetenskapligt underlag Bilaga*. Hämtad 2021, 21 januari från https://www.nllplus.se/publika/ns/stns/Expertgrupp_Diabetes/Nationella%20riktlinjer%202015/Diabetes-vetenskapligt-underlag.pdf

Socialstyrelsen. (24 juni 2018a). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor-Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag Bilaga*. Hämtad 2021, 21 januari från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24-kunskapsunderlag.pdf>

Socialstyrelsen. (2018b, oktober). *Diabetesvården Stöd för styrning och ledning*.

Sorman, E. (2012). Diabetessjuksköterskan. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2:a uppl., s. 59-65). Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Mat vid diabetes En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2020, 10 december från https://www.sbu.se/contentassets/923855c431bc4f668746920cfb49d590/mat_vid_diabetes_fulltext.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2020, 11 november). *Indikatorer för hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad 2021, 21 januari från <https://swenurse.se/publikationer/indikatorer-for-halsoframjande-omvardnd>

Svensk sjuksköterskeförening. (2020, 11 november). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2021, 7 januari från <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-varld>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021, 14 januari). *Ledtal för diabetessjuksköterskor Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård i samverkan med Svensk sjuksköterskeförening*. Hämtad 2021, 17 januari från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231638/1584018797755/ledtal%20%C3%B6r%20diabetessjuksk%C3%B6terskor.pdf>

Utbildningsdepartementet. (2015, 2 april). *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2020, 29 december från <https://www.regeringen.se/49b71a/contentassets/302459a782b54b92bfbe69cf4b6f4b85/etikprovning-av-forskning-som-avser-manniskor>

Wikblad, K (2014). Egenvårdsutbildning. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2: a uppl., s.129- 138). Lund: Studentlitteratur

Zethelius, B & Östgren, K-J, (2012). Definition och Klassificering. I Nyström & Nilsson, (Red.), *Diabetes och metabola syndromet* (1:a uppl., s.11-23). Pozkal: Författarna och Studentlitteratur

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson

Österlund Efraimsson, E (2017). Motiverande samtal. I B. Klang Söderkvist. *Patientundervisning* (3:e uppl., s. 209-215). Lund: Studentlitteratur.

1177 Vårdguiden Västra Götalandsregionen. (2020). *Hjälp att sluta röka*. Hämtad 2021, 1 januari från <https://www.1177.se/liv--halsa/tobak-och-alkohol/hjalp-att-sluta-roka/>

1177 Vårdguiden Västra Götalandsregionen. (2020). *Behandling och stöd vid alkoholproblem*. Hämtad 2021, 23 januari från <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/behandling--hjalpmedel/behandlingar-vid-psykiska-sjukdomar-och-besvar/behandling-och-stod-vid-alkoholproblem/>

Bilagor

I Forskningspersonsinformation (FPI)

II Informationsbrev om forskningsprojekt från Göteborgs Universitet

III Brev till Verksamhetschef för Godkännande av datainsamling

IV Intervjuguide

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Förfrågan om deltagande i en forskningsstudie som handlar om diabetessköterskors erfarenheter av att arbeta med hälsofrämjande arbete.

Bakgrund och syfte:

Diabetes är en allvarlig kronisk sjukdom som medför förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdomar samt tidig död. Diabetes indelas i två grupper: typ 1 och typ 2. Övervikt och bukfetma är två av flera faktorer som anses bidra till typ 2 diabetes. Sjukdomen kan förebyggas genom att patienter uppmanas till att upprätthålla hälsosamma levnadsvanor både vad gäller kost, alkohol, rökning och fysisk aktivitet. Om mer hälsosamma beteendemönster inom dessa områden uppnås, kan detta leda till förbättrade blodsockernivåer, långvarig viktminskning, reducerat intag av medicin, samt förhindring av allvarliga komplikationer i njurar, blodkärl, fötter och ögon.

Syftet med examensarbetet är att beskriva diabetessköterskans erfarenhet av att arbeta, motivera och stödja patienter med typ 2 diabetes till att göra hälsosamma levnadsförändringar.

Hur går studien till?

För att medverka i studien innebär ett intervjutillfälle med oss studenter som beräknas ta 20-30 minuter. Diabetessköterskan kan själv föreslå tid och plats för intervju – förslag för oss är att genomföra intervju via Zoom länk med tanken på Corona pandemin alternativt via telefon eller på plats. Intervjun kan göras på arbetsplats under arbetstid eller enligt överenskommelse.

Vi önskar att intervjun kan ske så fort som möjligt efter ni har tackat JA till att delta i studien.

Risker och fördelar med att delta i studien

Intervjun kan väcka vissa känslor och tankar som eventuellt kan komma att påverka Dig emotionellt. Om detta kommer att hända, kan Du närsomhelst avbryta intervjun utan att ange orsaken. Skulle Du anse att intervjun påverkar dig på något sätt, har du möjlighet att kontakta oss och vår handledare för samtal.

Vi hoppas att studien kan väcka reflektion och ökad kunskap om hur vi ska lyckas motivera våra patienter med typ 2 diabetes till hälsosammare levnadsvanor.

Hantering av data och sekretess?

Intervjun kommer att spelas in och materialet kommer att sparas på en lösenordsskyddad dator. Allt material hanteras konfidentiellt, deltagande kommer inte kunna identifieras, slutresultat kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen samt materialet kommer raderas efter studien är avslutad.

Enligt EU:s dataskyddsförordning (GDPR) har du rätt att få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om

Angelica Halvardsson & Marian Taguinod Gustafsson
dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta den ansvariga forskaren för studien. Dataskyddsombudför Göteborgs universitet nås på telefonnummer 031-786 10 92 eller mail: dataskydd@gu.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Information om studiens resultat

Slutresultatet av studien kommer att publiceras i GUPEA. Om du hör av dig till ansvariga för studien (se nedan) så skickas färdigt material till dig.

Frivillighet

Att medverka i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas medverkan utan att ange orsak. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta de ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Angelica Halvardsson
Kårevägen 1 475 40 Hönö
Mobilnummer: 0761605070
angelica.halvardsson@gmail.com

Marian Taguinod Gustafsson
Hagelidsvägen 2a 41742 Göteborg
mobilnummer: 073843224
mariantaguinodgustafsson@gmail.com

Handledare är Andreas Fors, fil dr, lektor i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet.

Mail: andreas.fors@gu.se

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Proprefekt Carina Sparud Lundin

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg

Telefon: +46 31 786 6389

E-post: carina.s-lundin@fhs.gu.se

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2020-11-09

1 / 2

Berörda verksamhetschefer

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell magister- eller masterexamen i huvudområdet omvårdnad, radiografi och vårdpedagogik.

Examensarbetet kan utgöras antingen av en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde, eller som en tänkt projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett pågående forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten enligt ovan omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte heller tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall därför inhämta tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande för att kunna genomföra sin planerade studie. De skall också lämna en godkänd FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Forskningspersoner som väljer att delta i studien skall ge muntligt samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Bilaga III

TILL DIG SOM VERKSAMHETSCHEF FÖR GODKÄNNANDE AV DATAINSAMLING

Hej!

Vi heter Angelica Halvardsson och Marian Taguinod Gustafsson och studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetes på Göteborgs Universitet. Under våren genomför vi ett empiriskt examensarbete på avancerad nivå som en del av utbildningen. Syftet med examensarbetet är att beskriva diabetessjuksköterskors erfarenheter av att arbeta, motivera och stödja patienter med typ 2 diabetes till att göra hälsosamma livsstilsförändringar.

I denna studie har vi valt att intervjua diabetessjuksköterskor eller distriktssjuksköterskor (som har gått diabetes utbildning, d.v.s. 15hp) inom primärvården i Västra Götalandsregionen och som har arbetat med patienter med typ 2 diabetes i över ett år.

Att medverka i studien innebär ett intervjutillfälle med en av oss studenter. Intervjun beräknas ta 20-30 minuter. Med tanke på covid-19 pandemin rekommenderas att intervjuerna genomförs via Zoom alternativt via telefon. Vi önskar att intervjun kan ske så snart som möjligt efter att en diabetessjuksköterska har tackat JA till att delta i studien.

Att medverka i studien är frivilligt och diabetessjuksköterskan kan avbryta sin medverkan när som helst utan att ange orsak. Allt material hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

Vi bifogar information om examensarbete från kursansvarig lärare på Göteborgs Universitet.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Hälsningar

Angelica Halvardsson

Marian Taguinod Gustafsson

Handledare är Andreas Fors, fil dr, lektor i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet och FoU-ledare vid FoU-centrum Göteborg och Södra Bohuslän. Mail: andreas.fors@vgregion.se

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Angelica Halvardsson och Marian Taguinod Gustafsson genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort Datum

Namn

Titel/Verksamhet/Ort

Bilaga IV

Intervjufrågor

Hur många patienter som är listade på er vårdcentral?

Hur många patienter med typ 2 diabetes som ni ansvariga för på er vårdcentral?

Vad har du för utbildning?

Hur länge har du arbetat som diabetessjuksköterska?

Hur många dagar/timmar i veckan arbetar du med det?

Hur motiverar du dina patienter med typ 2 diabetes till att göra positiva förändringar i sina levnadsvanor?

Hur får du stöttning i teamet på VC eller via andra nätverk för att motivera och stödja patienter med typ 2 diabetes till förändring av levnadsvanor?

Vilka levnadsvanor upplever du patienter med typ 2 diabetes har lättast för att förändra?
-kan du förklara mer hur du går tillväga?

Vilka levnadsvanor upplever du att patienterna med typ 2 diabetes får kämpa mest med? -kan du förklara mer hur du går tillväga?

Vilka hinder brukar ni höra från patienterna för att motivera sig till hälsosamma livsstilsförändringar?

Finns det levnadsvanor som du upplever att det tar längre tid att arbeta med ihop med dina patienter?
- I så fall hur stödjer du dina patienter i detta?

Vilka arbetsredskap använder du dig av till svårmotiverade patienter?

På vilket sätt kan teamet på VC eller andra nätverk vara ett stöd för dig i arbetet med svårmotiverade patienter?

Upplever du att det finns vissa sätt som fungerar bättre på att motivera och stödja patienter till att anamma hälsosammare levnadsvanor och behålla dem, i så fall vilket sätt?

På vilket sätt upplever du att det finns det skillnader i att motivera någon som nyss debuterat i diabetes till att motivera en patient som haft diabetes i många år?

Hur fortsätter du att motivera en patient som redan utvecklat diabeteskomplikationer?

Hur fortsätter du att motivera en patient som genomfört en eller flera livsstilsförändringar?

På vilket sätt tror du att familjestöd kan vara till nytta för patienten i att göra levnadsförändringar?

-Vill du utveckla mer om hur du får med familjen att stödja patienten i livsstilsförändringar?

På vilket sätt märker du av kulturella skillnader i ditt arbete med att motivera dina patienter?

- Hur gör du då?

Vad motiverar dig till att arbeta med livsstilsförändringar bland patienter med typ 2 diabetes?

Är det något annat som du vill nämna angående ditt arbete med att motivera patienter med typ 2 diabetes till livsstilsförändringar?