



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

STÖD OCH SUPPORT TILL PATIENTER MED DIABETES TYP 2

Vilka faktorer påverkar i omvårdnadssituationen?

Ingrid Littow
Jane Wernersson

Examensarbete
Kurs HT 01
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2004

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

STÖD OCH SUPPORT TILL PATIENTER MED DIABETES TYP 2

Vilka faktorer påverkar i omvårdnadssituationen?

Ingrid Littow
Jane Wernersson

Littow, I & Wernersson, J (2004) Stöd och support till patienter med diabetes typ 2. En litteraturstudie om påverkande faktorer i omvårdnadssituationen. *Examensarbete i omvårdnadsvetenskap, 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad.

Diabetes är en folksjukdom som ökar i västvärlden och så även i utvecklingsländerna. Detta medför ett ökat tryck på sjukvården i bemötandet av dessa patienter och i vägledningen i deras val som påverkar dem för livet. Syftet med denna litteraturstudie är att få veta hur vi som sjuksköterskor kan hjälpa och stötta patienter med diabetes typ 2 i deras dagliga liv. Vi har funnit i vår studie att utbildning och motivation är den ”röda tråden” i en omvårdnadssituation. Sjuksköterskan har en viktig roll för patienterna med diabetes typ 2 i omvårdnadsarbetet.

Nyckelord: Diabetes, motivation, patientutbildning, personalutbildning, stöd.

TO SUPPORT AND EMPOWER PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2

Which factors influence diabetes care?

Ingrid Littow

Jane Wernersson

Littow, I & Wernersson, J (2004) How to support and empower patients with diabetes type 2. A literature review of which factors influence diabetes care. *Examination paper, 10 credit points, Nursing programme*. Malmö University, Health and Society, Department of Nursing.

Diabetes is a widespread disease, which is increasing in the Western World and even in the developing countries. This entails an increasing strain on the medical service when to nurse and treat patients with diabetes type 2. To support and empower the patients in their choices, which will affect them for life, is a challenge to the nurse. The nurse is an important character in nursing care when patients take a more active part in treatments. The aim of this literature review was to examine the factors, which influence diabetes care. We have found that education and empowerment is the core in diabetes care.

Keywords: Diabetes, empowerment, patient education, professional education, support.

FÖRORD

Denna resa har minst sagt varit en tur i berg och dalbanan. Alla dessa ord som vi har stött och blött och vänt ut och in på för att de skulle få rätt innebörd. Alla artiklar som har lästs och lästs igen. Alla meningar som har skrivits och raderats för att sedan skrivas igen. Nu kan vi säga att det gick bra och vi klarade det!

Vi börjar med att tacka varandra för alla samtal, fikor och skratt vi har delat. Vi har suttit nästan varje dag under denna tid i biblioteket och känns säkert igen på våra skratt och på våra glöggstunder. Vi får också tacka våra kolleger som druckit glögg med oss, hjälp oss med roliga skämt och uppmuntrande ord. Vi säger också tack för ett gott samarbete till vår handledare Eva Andersson som har varit på samma våglängd som vi sedan start. Eva har varit en tillgång i denna röra.

Januari 2004

Ingrid Littow och Jane Wernersson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Utbredning	6
Diabetes	6
Riskfaktorer	7
Symtom	7
Behandling	7
Egenvård	8
Komplikationer	8
Omvårdnad	8
Patient Empowerment	9
Hälsoekonomiska aspekter	9
Läkemedelskostnader	9
SYFTE	10
Definitioner	10
METOD	10
Manuell litteratursökning	10
Tabell 1	11
Teoretisk anknytning	11
RESULTAT	11
Motivation	12
Utbildning	13
Patientutbildning	13
Personalutbildning	14
Verktyg till utbildning	15
Balans	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
SLUTORD	22
Genusperspektiv	23
Förslag på fortsatt forskning	23
REFERENSER	24

INLEDNING

Att få diagnosen diabetes innebär en omställning i livet för patienten. Denna omställning hanteras på olika sätt. Vissa tar det med ro och anpassar sig med en gång, för andra har livet inte samma mening längre. Det kan vara svårt att hitta motivationen till att göra något kreativt och det är lätt att falla in i apati och missnöjdhet (Polonsky, 2002). För de allra flesta är diabetes en sjukdom som de lever med utan komplikationer. Men för några kommer komplikationer att påverka dem och deras livsvillkor. Att då kunna känna att livet fortfarande har något kvar att ge är viktigt. Diabetes är en folksjukdom, det vill säga att fler än 1 % av befolkningen har diabetes och av dessa har ca 85-90 % diabetes typ 2. Det måste finnas någon för patienter med diabetes, som kan hjälpa och stödja för att han/hon ska få styrka att fortsätta sin färd i livet. Sjuksköterskans funktion innefattar att hjälpa individer och familjer att balansera kraven och resurserna i det dagliga livet (Carnevali, 1999). En stor del av stödet och omvårdnaden till patienter med diabetes är patientundervisning (Ericson & Ericson, 2002). Ett viktigt syfte är att stärka förmågan till att själv kontrollera och styra glukosvärdet i blodet. För då kan känslan av trygghet och oberoende öka och oro för komplikationer reduceras. Patienten behöver kunskap om sin sjukdom för att förstå hur han/hon ska hantera den (Almås, 2002). För att klara det dagliga livet krävs inte bara kunskap utan även beteende- och attitydförändringar. Snoek (2003) har sammanställt flera studier om utbildning till patienter med diabetes. Den visar att utbildning har en stor inverkan på patienternas livskvalité, samt att beteende- och attitydförändringar är lika viktiga som kunskap om sjukdomen.

Diabetes är en kronisk sjukdom som kan komma att ställa hela livet på ända om man inte garderar sig med kämparanda och en stor portion livsglädje. Vi kommer att möta fler och fler patienter med diabetes som befinner sig på olika stadier i sin sjukdom och som ställer krav på kunskap och utbildning.

BAKGRUND

På Svenska Diabetesförbundets (2003) hemsida skriver man om historiken bakom diabetes. Sjukdomen har varit känd sedan årtusenden. Redan 600 år f Kr kallades sjukdomen för "honungsurin" av indiska läkare. Flera hundra år senare gav greken Aretaios en beskrivning av det kroppsliga förfallet och hur vätskan använder människan som ett vattenrör genom vilket den rinner ur. Därför gav han sjukdomen namnet diabetes, "rinna igenom". I mitten av artonhundratalet började man ana att diabetes hade samband med utsöndring av ett visst ämne från pancreas (bukspottkörteln). Många försök att lindra diabetes utfördes i takt med att den medicinska vetenskapen utvecklades. Teorierna om orsakerna var ofta fantasifulla och helt felaktiga. Läkarna såg att det fanns för mycket glukos i både blod och urin hos en del patienter men visste inte hur man skulle behandla detta. Det mystiska ämnet insulin avslöjades till slut och gav dess upphovsmän, Frederick Banting och John Macleod, Nobelpriset år 1923. Men det tog 3500 år från det att man först beskrev diabetes till att en effektiv behandling utvecklades. Under de 82 år som insulinet har funnits har överlevnaden förlängts för människor

med diabetes. På 1930-talet upptäckte läkarna komplikationer bland annat i ögon, fötter och hjärt- och kärlsystem. De senaste årens forskning visar att ju normalare b-glukos (blodsocker) desto mindre är risken för komplikationer. Betydelsen av kosten förstod forskarna tidigt och de laborerade med många olika och konstiga dieter. Dieterna var förödande och många dog av svält. I slutet av 1920-talet föreslog de en friare diet och hävdade att ”det liv vi nu kan rädda måste också vara värt att leva”. Idag gäller en regel – ät nyttig mat på regelbundna tider och försök normalisera glukoshalten i blodet (Svenska Diabetesförbundet, 2003).

Utbredning

År 1995 hade Europa det högsta antalet personer med diabetes, 33 miljoner, följt av Amerika med 31 miljoner. Men detta förväntas svänga till år 2025 och Sydostasien kommer att ha det största antalet diabetiker i världen, 80 miljoner och Amerika lägger sig på andra platsen med 64 miljoner. Det förväntas att antalet personer med diabetes kommer att stiga drastiskt i utvecklingsländerna, så även i Stillahavsområdet och i östra Medelhavsområdet (Agardh m fl, 2002).

I Sverige har 3-4 % av befolkningen diabetes, vilket motsvarar ca 300 000 personer. Ungefär 85-90 % av dessa är diabetes typ 2. Omkring 20 % av alla personer i landet som är över 80 år har diabetes (Socialstyrelsen, 1999).

Risken för att insjukna i diabetes under livstiden uppskattas till 15 % (a a). Det finns väldigt få prospektiva incidensstudier i Sverige av diabetes typ 2. Livsstilsrelaterade faktorer spelar roll för incidens och prevalens. Bland annat påverkar förändringar i *socioekonomisk status* diabetes typ 2. Speciellt två faktorer har betydelse för den snabba förändringen och det är ökat utbud av mat och minskad fysisk aktivitet. Man har funnit ett samband mellan populationens medelvikt och prevalensen av diabetes typ 2 och även ett starkt samband mellan graden av fetma och risken att utveckla diabetes (Agardh, 2002).

Enligt Region Skåne (2002) är förekomsten av diabetes relativt oklart i Skåne. Men de kartläggningar som gjorts tidigare, indikerar på en något lägre förekomst än i övriga landet. Den enda uppgiften som är bekräftad är antalet barn med diabetes typ 1. För diabetes typ 2 finns ingen kartläggning, men årligen uppskattas det att ca 4000 personer insjuknar.

Diabetes

Diabetes är en kronisk metabol sjukdom som visar sig med en otillräcklig insulininsöndring från pancreas eller en insulinresistens. Alla celler behöver energi och denna energi utvinns cellerna ur glukos, fett och protein. För att detta ska fungera krävs bland annat hormonet insulin. Insulin brukar kallas ”välmåendehormon” och regleras av blodets glukoshalt. När b-glukos höjs stimuleras insulinfrisättningen och när det sänks hämmas insulinfrisättningen. Insulinberoende vävnader (muskler, fettvävnad och leverepitel) behöver insulin för glukosupptag. Insulinberoende vävnader (njurepitel, nerver och blodkärlsendotel) behöver inte insulin för glukosupptag. Vid en obehandlad diabetes finns insulinbrist och högt b-glukos som gör att alla insulinberoende vävnader har brist på glukos och följden blir nedsatt funktion. Dessa vävnader får nu tillgodose sitt energibehov genom ökad fettförbränning (Ericson & Ericson, 2002).

Diabetes typ 1 benämns som insulinberoende och betyder att produktionen av insulin är nedsatt eller har helt upphört (Ericson & Ericson, 2002).

Typ 1 debuterar vanligen före 40-års ålder, (tidigare benämnd som barn och ungdomsdiabetes) och inom en relativt kort tidsperiod. Typ 2 benämns som ej-insulinberoende. Här har man en bibehållen eller något nedsatt insulinproduktion men vävnadernas förmåga att ta upp insulinet är nedsatta. Typ 2 debuterar vanligen i vuxen ålder som åldersdiabetes och utvecklas i regel långsamt.

Riskfaktorer

Diabetes typ 1 kan uppstå i alla åldrar, är ärftlig och orsakas av betacellsdestruktion.

?? Autoimmun

?? Idiopatisk

Vissa personer har en större benägenhet att utveckla diabetes. Omgivningsfaktorer som till exempel stress kan ha betydelse för insjuknandet (Grefberg & Johansson, 2003)

Risken att insjukna i diabetes typ 2 ökar med åldern. Andra riskfaktorer för att utveckla diabetes typ 2 är

?? Ärftlighet

?? Övervikt - framför allt bukfetma

?? Fysisk inaktivitet

?? Rökning

?? Påvisad nedsatt glukosintolerans (Socialstyrelsen, 1999)

Det går dock att förebygga diabetes typ 2. En studie i Malmö visade att det var möjligt att minska utveckling av diabetes typ 2 genom förbättrad livsstil, där viktminskning och ökad fysisk aktivitet var de avgörande faktorerna. Då fick patienterna även en bonus så till vida att sjukligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskade. Det visade sig att just livsstilsförändringar var mer effektiva än vissa former av medicinering för att förhindra insjuknande i diabetes typ 2 (Region Skåne, 2002).

Symtom

Hög halt av glukos i blodet medför att glukos utsöndras via njurarna, glukosuri. Glukosen drar med sig vatten och detta visar sig med stora urinmängder och törst. Huden och slemhinnorna blir torra därför att glukosen drar ut vätskan från vävnaderna. För att tillgodose vävnadernas energibehov töms fettförråden och vikten minskar. Trötthet är ett tecken på energibrist i alla insulinberoende vävnader. Detta är typiska symtom för diabetes typ 1. För diabetes typ 2 är utvecklingen av sjukdomen ofta långsam. Många vet inte ens om att de har diabetes. Det är vanligt att personerna är överviktiga, har högt blodtryck och höga blodfetter (Agardh, 2002).

Behandling

Enligt riktlinjerna från WHO (Socialstyrelsen, 1999) ställs diagnosen diabetes om kapillära fastevärde överstiger 6,1 mmol/l. Eller om kapillära icke-fastevärde överstiger 11,1 mmol/l. Målsättningen för all diabetesbehandling är att hålla b-glukosvärdet så nära normalnivån som möjligt, för att minska risken för både nutids- och senkomplikationer. Detta kan göras på olika sätt beroende på vilken typ av diabetes det handlar om. Typ 1 behöver tillföras insulin via injektioner och typ 2 behöver främst aktivera sin kvarvarande insulinproduktion och motverka att

insulinresistens utvecklas i muskulaturen. Kost, motion och egenkontroller är viktiga delar i behandlingen som anpassas efter varje individ. Om inte kost och motion räcker för att hålla b-glukosnivån nere, används perorala diabetespreparat (Ericson & Ericson, 2002).

Egenvård

För att behålla hälsa och välbefinnande behövs egenvård enligt (a a). Förutsättningar för att det ska fungera är återkommande utbildning på olika nivåer. Målet är att patienten ska kunna känna att han/hon behärskar sitt liv och sin diabetes och därigenom ta ett eget ansvar för skötseln av diabetessjukdomen. Kontroller av b-glukos är nödvändigt för att undvika stora svängningar. En viktig del av diabetesbehandlingen är kosten. Vid typ 2 handlar kostinformationen om beteendeförändringar och motivation för att förändra kostvanor. Då är samarbetet med anhöriga mycket viktigt. Både för patienten med diabetes och familjen innebär sjukdomen begränsningar eftersom den kräver struktur och planering. En annan faktor för patienter med diabetes typ 2 är fysisk aktivitet som ökas successivt för att undvika misslyckanden (Socialstyrelsen, 1999). Vid fysisk aktivitet minskar insulinresistensen och de nedre extremiteternas blodcirkulation stimuleras. Andra vinster är att hypertoni, blodfetter och övervikt minskar (Ericson & Ericson, 2002).

Komplikationer

Enligt Ericson och Ericson, (a a) skadar högt b-glukos vävnaderna och kan medföra komplikationer senare i livet. Men följer som till exempel en ökad risk för hud- och slemhinneinfektioner och nedsatt immunförsvar kan komma tidigt. Alla vävnader behöver glukos men varken för mycket eller för lite. Vid hyperglykemi är det inte de insulinberoende vävnaderna som mår sämst utan de insulinoberoende eftersom dessa inte själva kan kontrollera sitt inflöde av glukos. Det tas upp för mycket glukos i dessa vävnader som kan ge konsekvenser. Det finns samband mellan sena kärilkomplikationer, angiopati (kärlförändringar) och en längre tids hyperglykemi. Dessa kärlförändringar kan drabba olika delar av kroppen som njurar och ögon, men kan också ge ateroskleros i stora artärer eller hypertoni. Neuropati (nervskador) är en känselnedsättning eller en brännande smärta som kan ge upphov till vävnadsskada. En annan komplikation är störningar i sexualfunktionen som orsakas av både neuropati och angiopati. Dessa problem bör patienter med diabetes känna till.

Omvårdnad

För många blir det en chock att få veta att de har diabetes. Det är ju inte ett tillstånd man går igenom och sedan är fri från utan patienten måste leva med sjukdomen och vad det medför resten av livet. Den nya situationen kan verka förvirrande och komplicerad på grund av många obesvarade frågor. För att kunna ge hjälp till patienten att bearbeta sina psykologiska reaktioner är det en viktig uppgift för sjuksköterskan att lyssna. Lyssna till vad patienten har att säga. Dels för att få reda på hur patienten reagerar och dels för att patienten ska kunna ta emot kunskap och kunna dra nytta av den praktiska undervisningen. Hur mycket information och undervisning som ska ges till patienterna beror på hur patienten tar emot beskedet och hur han/hon reagerar. Det viktigaste är att utgå från patientens förmåga och begränsningar och gå vidare därifrån (Almås, 2002).

Patient empowerment

Klang Söderkvist (2001) förklarar att om mötet mellan patient och sjukvårdspersonal är bekräftande kan patient empowerment uppnås. Några av de viktigaste orden för begreppet är samarbete, respekt, ömsesidighet och empati. Patienten får möjlighet att i samarbete med vårdpersonalen vara med och bestämma om sin egen behandling och vård. Genom att patientens aktiviteter i egenvård både efterfrågas och stöds, känner patienten sig bekräftad och motiverad och kan uppleva sig ha en fortsatt möjlig kontroll över sin livssituation. Om man ökar patientens medverkan och minskar osäkerhet och stress förstärks läkningsprocessen och det ger bästa möjliga välbefinnande i sjukdomssituationen. En förutsättning för detta är att patienten har tillräcklig förmåga och vilja till medverkan. I svensk hälso- och sjukvårdslag (HSL 1982: 763) står det skrivet att vården ska så långt som det är möjligt genomföras i samråd med patienten. Lagen säger också att vården ska bedrivas utifrån en helhetsyn på människan.

Hälsoekonomiska aspekter

I den senaste svenska beräkningen av de samhällsekonomiska kostnaderna för diabetes räknas sluten vård, öppen vård, mediciner, förbrukningsartiklar, sjukfrånvaro, förtidspensioneringar och förtida dödsfall in. Totalkostnaden hamnade då på 5 746 miljoner kronor (1994 års priser). I en undersökning visades att de totala direkta sjukvårdskostnaderna 1998, för patienter med diabetes typ 2 i Sverige var 7 miljoner kronor, vilket motsvarar 6 % av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Den genomsnittliga kostnaden var 25000 kronor per patient och år. De patienter som utvecklat komplikationer till diabetessjukdomen orsakade 3-4 gånger högre kostnad jämfört med dem som inte hade några komplikationer (Region Skåne, 2002).

De samhällsekonomiska kostnaderna är främst av intresse som en beskrivning av diabetesproblemets storlek. Det säger inget om sambandet mellan kostnader och effekter av olika behandlingsformer och åtgärder (a a).

Läkemedelskostnader

I de senaste rekommendationerna från Läkemedelsverket (Region Skåne, 2002) påtalas kostens och motionens betydelse för prevention och behandling tydligare än tidigare. År 2001 var kostnaderna för diabetesläkemedel 643 miljoner kronor. Kostnaderna för förbrukningsartiklar var samma år 744 miljoner kronor. Användningen av läkemedel mot diabetes har ökat under årens gång. Främst till följd av att antalet patienter med diabetes typ 2 har ökat. Men även av att nya behandlings-rekommendationer har tillkommit och av en aktivare behandling av diabetessjukdomen.

En förbättrad hantering av komplikationer och en intensifierad kontroll av diabetessjukdomen skulle minska kostnaderna för samhället. Detta förutsätter dock investeringar som på kort sikt skulle öka utgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården. Men med nuvarande ekonomiska problem finns det stor risk att samhället går miste om framtida besparingar och hälsovinster till följd av kortsiktiga prioriteringar (a a).

SYFTE

Syftet med den här litteraturstudien är att få veta hur vi som sjuksköterskor kan hjälpa och stötta patienter med diabetes typ 2 i deras dagliga liv. Att förmedla förståelse för ett sjukdomstillstånd och försäkra sig om patientens medverkan är en viktig uppgift. Lärandet om diabetes är en pågående process och bör ges över tid. Verktyg i omvårdnadssituationen är undervisning och rådgivning för att nå fram till hälsovinsterna. Ett annat är empowerment. Målet med undervisning är att förstärka patientens förmåga att hantera sin situation bättre. Rådgivning innebär att förmedla kunskap när patienten har ett situationsbetingat inlärningsbehov (Almås, 2002). Beebe och O'Donnell (2001) menar att den stora frågan är inte om vi ska ge patienter med diabetes utbildning utan hur den ska ges, för att vara mest effektiv.

?? Hur kan då vi som sjuksköterskor hjälpa, stötta och undervisa patienter med diabetes ur ett helhetsperspektiv?

?? Vilka faktorer påverkar i omvårdnadssituationen?

Definition

Patienter med diabetes avses i detta arbete – vuxna män och kvinnor med en diagnostiserad diabetes typ 2.

METOD

En litteraturstudie har gjorts för att få svar på våra frågor. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har använts. Efter litteratursökning och granskning av artiklarna var 13 stycken användbara för studien. Två finns med i bakgrunden, en i slutordet och resterande i resultatet. Artiklarna har sökts via databaserna Pub Med, Elsevier och Elin som är tillgängliga via Malmö högskolas biblioteks hemsida. Polit m fl (2001) kriterier har följts vid granskningen av de vetenskapliga artiklarna. Alla granskade artiklar är på engelska. Under granskningen av artiklarna framkom tre genomgående tema, som resultatet sedan har redovisats under. De tre teman är motivation, undervisning och balans. De tre artiklar som inte redovisas i resultatet finns med i bakgrunden och i slutdiskussionen på grund av att de inte uppfyllde kriterierna som en vetenskaplig artikel ska ha. De finns ändå med för att vi som författare ansåg att de hade relevans för studien.

Manuell litteratursökning

Tre av artiklarna hittades som referenslitteratur i andra artiklar. En direkt sökning i tidskriften "Patient Education and Counseling" gav oss tre artiklar, varav två stycken har använts.

Tabell 1. Sökningsresultat. Mellan alla sökorden står ordet AND.

Databas	Sökord	Träffar	Granskade	Använda
Elsevier	Diabetes, quality of life, support, health care, nursing, compliance	182	4	2
Elsevier	Diabetes, care, quality of life, support, education, nursing	388	7	2
Limits Elsevier	Medicine, 1993- 2003			
Pub Med	Diabetes, support, education, care, nursing	85	3	1
Pub Med	Diabetes, support, education, care, empowerment	7	1	1
Pub Med	Diabetes, education, nursing	234	1	1
Limits Pub Med	Age 19 + adults, human, 1993- 2003			
Elin	Diabetes, care, quality of life	52	3	1
Limits Elin	Medicine, 1993- 2003			

Teoretisk anknytning

Vi har valt att teoriansknyta resultatet i vår studie till Doris Carnevali (1999) och hennes ”Dagligt liv– Funktionellt hälsotillstånd modell”, balans mellan krav och resurser. Det är det dagliga livet som inverkar på hur patienten kan eller måste fungera och det är det som anger kraven på funktionell förmåga. Funktionell förmåga har i sin tur en inverkan på patientens möjlighet att leva sitt dagliga liv. Mellan dagligt liv och funktionell förmåga kan det ömsesidiga beroendet bäst beskrivas som en balansvåg. Patientens livskvalitet beror på förmågan att hålla en effektiv och tillfredsställande balans mellan krav och inre och yttre resurser. Definitionen av hälsobegreppet baseras inte på om patienten är sjuk eller frisk, utan på en balans som oavsett hälsotillstånd bidrar till välbefinnande och livskvalitet.

RESULTAT

Efter att ha granskat artiklarna kom vi fram till tre genomgående teman: motivation, utbildning och balans som vi kommer att presentera var för sig.

Motivation

I en studie ville Dijkstra m fl (2002) se om det kunde vara till patienternas fördel att ha ett så kallat diabetespass. Syftet var att få veta vad patienter med diabetes och vårdteamen tyckte om passet, eftersom det planerades att ingå i diabetesvården. De ville veta om passet kunde få patienterna att ta mer aktiv del i sin sjukdomsbehandling. Målet med passet var att få patienterna att fylla i sina resultat, till exempel b-glukos värde, för att lättare kunna följa sin diabetes över tid. Det skulle ses som ett verktyg, dels för patienten och dels för sjukvårdspersonalen som patienten kom i kontakt med. Empowerment och samarbete var viktigt i diabetesvården och stödet till patienterna skulle vara mer för att underlätta än att styra. Detta var ett nytänkande inom diabetesvården och resultatet med passet berodde på hur det uppfattades av både sjukvårdspersonal och patienter.

”I don’t need the figures, when the doctor says it’s good, that’s enough for me.” (s 176)

Att införa ett pass skulle ses som en fördel för alla jämfört med tidigare diabetesvård. Studien påvisade hinder i att införa diabetespasset, möjligen för att det var så nytt. Många patienter tyckte om idén med pass men hade låga förväntningar på att införa det. De kände sig inte motiverade att använda det. Författarna trodde att det berodde på att man inte kände till det ordentligt. De kom också fram till att införa ett diabetespass skulle kunna fungera teoretiskt men inte praktiskt (a a).

Eijkelberg m fl (2002) skrev i sin artikel att patienterna tyckte att det var viktigt att sjuksköterskan tog sig tillräckligt med tid i mötet med patienten. Patienterna var med på föreläsningar som en allmänläkare höll. De var också med på gruppdiskussioner som spelades in och renskrevs. Dessa diskussioner leddes av sjuksköterskor och det fanns tid för patienterna. Den utökade tiden bekräftade patienterna vilket motiverade dem till ytterligare kunskapssökande.

” The medical specialist has not enough time. As a patient you’re out within five min. This is not the case with the nurse, who takes time for you /.../ it is important that somebody shows interest; the nurse sits there and really talks to you.” (s 331)

Vårdgivarna skulle från början ta vara på sin egen kunnighet för att motivera (empower) patienterna till att göra medvetna val i det dagliga livet (a a).

I artikeln av Pibernik - Okanovic m fl (2003) kom det fram att patienterna med diabetes typ 2 ansåg som fördel med empoweringkursen att den gav dem support. Genom att sjukvårdspersonalen gjorde patienterna medvetna om att diabetes var en allvarlig sjukdom och möjligheten att tänka på hur de tog sig an sina problem. De upplevde nämligen att de inte blev kritiserade utan helt allmänt stimulerades till egenvård. Deltagarna berättade att de hade en förbättrad livskvalitet både socialt och psykologiskt efter kursens slut. Samtidigt var deras b-glukos kontroll förbättrad och var så även vid uppföljningen efter sex månader.

Utbildning

Till stor del handlar artiklarna om utbildning och kunskap för både patient och personal. Detta tema delas och presenteras som utbildning för patienter och för personal, och som verktyg i utbildningen.

Patientutbildning

Van den Arend m fl (2000) skrev en artikel som en sammanställning om att hantera diabetes typ 2. Det gällde både patienter och läkare. Författarna ansåg i sin artikel att diabetes typ 2 har ansetts lite som en mildare form av diabetes, men att så är inte fallet. Patientens roll i behandlingen har varit undermålig beroende på dålig kunskap. Motsatsen är god kunskap som i sin tur kunde motivera patienter med diabetes typ 2 till att ha en aktivare roll i sin behandling. Läkarens och även övriga vårdpersonalens roller var att ge patienten verktyg till ett aktivt deltagande i sin sjukdomshantering. Författarna konstaterade att diabetesbehandling var ett delat ansvar mellan läkare och diabetessjuksköterskor. Argumentet för att använda sig av diabetessjuksköterskor var att de var specialister i utbildning mer än vad läkarna var. Samtidigt ansåg författarna att patienternas primära ansvar var att aktivt ändra sin livsstil. Vårdpersonalens ansvar i sin tur stod för att stötta och vägleda vid förändring – med andra ord utbilda patienterna.

Studien av Cooper m fl (2003) handlade om utbildning för patienter med diabetes typ 2. Studien utfördes som en kombinerad studie, och både intervjuer, frågeformulär och kliniska mätningar, i form av blodsocker mätningar, vikt och medicinering utfördes för att få bredd i studien. Alla patienter som stod på tur till diabetes utbildning på sjukhuset blev erbjudna att medverka i studien i olika omgångar. Studien pågick i 14 månader. Syftet var att utforska resultatet av patientutbildning genom att mäta effekterna av patienternas beteende, sjukdomskunskap och hur utbildningen påverkade patienterna i deras dagliga liv. Det var klart signifikant att blodsockernivåerna sjönk på kort sikt och att patienterna kände att deras sjukdom var ett mindre hot efter utbildningen men ändå inte mindre allvarlig för det. Enligt författarna kände patienterna helt enkelt att de hade mer kontroll över sin diabetessjukdom efter utbildningen.

År 2000 gjorde Whittemore en litteraturgranskning av 72 artiklar. Artiklarna handlade om strategier för livsstilsförändringar för patienter med diabetes. Av 90 stycken artiklar användes 72, där alla publicerats mellan 1985 och 1999. Artiklarna fokuserade på livsstilsförändringar. Resultatet blev att det behövs en fortsatt kunskapsutveckling inom diabetesvården. Studien visade att positiva resultat var associerade med diabetesutbildningsprogram. Utbildning och beteendeförändringar diskuterades i artikeln. Slutdiskussionen blev att utbildningsprogram om diabetes som innehöll beteendelinäring var effektiva och borde användas mer i vården och bli tillgänglig för alla patienter med diabetes. Det fanns ett stort behov för teoretiskt grundad kunskapsutveckling inom vården av patienter med diabetes. En del av forskningen borde riktas direkt mot livsstilsförändringar, diabetes och hur personalen skulle kunna hjälpa till. Enligt Whittemore hade diabetesutbildningen gradvis förändrats från passiv inläring till aktivt beslutstagande om egenvård.

Personalutbildning

I artikeln av Eijkelberg, m fl (2002) skrivs det om patientutvärdering av en vårdmodell som leds av sjuksköterskor. Forskarna ville på detta sätt få svar på frågan om det var en bra modell att bedriva vård på. Studien gjordes med intervjuer, föreläsningar och diskussioner istället för enkäter. Patienterna ingick i en modell där sjuksköterskan var samordnaren mellan sjuksköterskor, allmänläkare och specialistläkare. Syftet med modellen var att höja kvaliteten på vården. Sjuksköterskorna fick ansvaret för vården av patienterna polikliniskt. Genom att sjuksköterskan tog hand om patientutbildningen, blev de någon som patienterna kunde vända sig till. Som samordnare skickade sjuksköterskan dem vidare om så behövdes. Sjuksköterskorna erbjöd patienter, som var medicinskt stabila, att delta i studien. Av dessa gjordes tre grupper som fick delta i föreläsningar, intervjuer och gruppdiskussioner. Föreläsningarna leddes av en allmänläkare, där fokus var kunskapsförmedling till patienter med KOL och diabetes typ 2. Totalt erbjöds 81 patienter att delta men på grund av bortfall återstod 26. Resultatet blev att 22 av 26 patienter föredrog en samordnande sjuksköterska eftersom besöken skedde oftare och varade längre.

Holmström m fl (2003) gjorde en fenomenografisk studie i Stockholm om sjukvårdspersonals olika uppfattningar om vård till patienter med diabetes. Studien gjordes 1996 på 20 (av 23) vårdcentraler i Stockholm, där allmänläkare, sjuksköterskor, undersköterskor och fotvårdsspecialister deltog, totalt 169 st. Man valde att se gruppen från varje vårdcentral som en helhet, eftersom de jobbade som diabetesteam. Patienterna som dessa team mötte var övervägande patienter med diabetes typ 2. Varje grupp hade olika sammansättningar beroende på vilken vårdcentral de kom ifrån. Alla grupperna blev inbjudna att delta i ett informationsmöte där de också skulle besvara tre frågor. Deltagarna skulle samtidigt tala om sitt yrke och vilken diabetesutbildning de själva hade. Allt besvarades skriftligt. Syftet med studien var att identifiera den skiftande förståelsen som sjukvårdspersonalen, på 20 VC i Stockholm, hade om diabetesvård och hur förståelsen användes. Analysen av deltagarnas svar gav fem tema som beskrev variationer i vad man ansåg vara det viktigaste i diabetesvården. 89 deltagare av 169 beskrev först och främst behandling och dess resultat som medicinsk fakta (tema A). Personalen informerade och gav råd till patienten utifrån sjukvårdens synsätt om vad som var rätt eller fel. Patientens individperspektiv var inte lika viktigt. 20 av de 169 ansåg att fokus låg på patienten och dess kunskap om sin rådande situation, sin sjukdom och sin behandling (tema E). Man tog upp ord som egenvård och självförtroende, samt att man skulle vara hjälp till självhjälp. Författarna kom fram till att sjukvårdspersonalens förståelse om vård och bemötande var avgörande för patienternas hantering av sin sjukdom.

Woodcock m fl (1999) gjorde en studie i södra England som innefattade sjuksköterskor, allmänläkare och patienter med en nydiagnostiserad diabetes typ 2. Både vårdpersonalen och patienterna fick ranka den patientcentrerade vården med skalor 1-5 och dåligt – mycket bra. Tre kategorier redovisades. Övertygelse: vårdpersonalen var övertygade om att det fanns ett starkt samband mellan b-glukos kontroller och komplikationer, denna övertygelse ändrade sig inte under studiens gång. Attityder: vårdpersonalen var till stor del positiva till att jobba patientcentrerat. Beteende: vårdpersonalen använde sig inte mycket av de material som tillhandahölls för undervisning och rådgivning, de ”glömde” eller valde bort att använda dem vid olika tillfällen.

"Verktyg" i utbildning

Pibernik-Okanovic m fl (2003) från Kroatien, ville med sin undersökning fastställa styrkan med *empowerment*. Ge stöd och support till patienter med diabetes typ 2 till livskvalitet och *kontroll på blodglukos* genom empowerment. Detta jämfördes med patienter i diabetesvården utanför studien. Undersökningen genomfördes som en quasi- experimentell studie. Patienter som kom till sin regelbundna kontroll tillfrågades om de ville delta i studien. De fick *individuell information* om grunderna om empowerment och en inbjudan att delta i en kurs med betoning på psykologiska och sociala aspekter. Forskarna skickade även ut inbjudan till patienter. Resultatet blev att de patienterna som deltog i undervisningen upplevde en förbättrad livskvalitet och att deras blodglukosvärden blev bättre. Värden som låg kvar på samma nivå vid kontroll efter 3- och 6 månader.

I artikeln av Sarkadi och Rosenqvist (1999) redovisas resultaten från en studie, med en blandad undersökningsmetod, om diabetesvård i Sverige. Forskarna ville veta om *studiecirklar* var en lämplig kunskapsmodell för patienter med diabetes typ 2. Denna studie genomfördes med hjälp av svenska apotek. Studiecirklar anordnades med speciellt utbildade apotekare. Patienterna fick ett informationsblad och fick på så sätt själva ta ställning till om de ville delta. Kriterierna var: patient med diabetes typ 2 och frivilligt deltagande. 60 patienter ville vara med, men med olika bortfall blev det 39 kvar. B-glukosvärdet hade sänkts hos patienterna efter 6 månader men efter 12 månader var värdet tillbaka på ursprungsvärdet. Orsaken till det fick de inte svar på. Men ett av målen var att lära patienterna att mäta sitt b- glukos och agera utifrån det. Resultatet på enkäten var att patienterna uppskattade formen och var nöjda med studiecirkelarna. Via intervjuerna fick de fram patienternas upplevelser som identifierades i teman.

"I got emotional support from meeting others and realising that I wasn't alone." (a a, s 92)

Balans

Sarkadi och Rosenqvist (1999) genomförde sin studie för att ta reda på om studiecirklar var en lämplig metod att ge patienter kunskap på. Ett resultat i den undersökningen var att många av deltagarna visade sig ha funnit en balans i livet. Patienterna ansåg att egenvård var viktigt utan att behöva vara oroliga för sin hälsa och de komplikationer som diabetes kan orsaka. Det var mest tydligt hos patienter som nyligen fått diagnosen diabetes typ 2. Många patienter, både de som nyligen fått sin diagnos och de som hade haft sin sjukdom en längre tid, hade lärt sig nya strategier för att hantera sin sjukdom i det dagliga livet.

En studie i Boston av Whittemore m fl (2002) undersökte hur man bäst hjälpte patienter med diabetes typ 2 till livsstilsförändringar. De ville också förstå hur man integrerade den processen i det nuvarande livsstilsmönstret. I studien ingick nio kvinnor med diabetes typ 2 som fick vara med på 4 föreläsningar á 45 minuter varannan vecka, som följdes av 60 minuters intervju.

"I was scared to death. This is much more worse in my head than my heart attack...this is much more serious because it is silent and deadly..." (a a, s 21)

Enligt Whittemore m fl (2002) var grunden i diabetes typ 2 behandling livsstilsförändringar. Dessa förändringar krävde försoning med sig själv och sina känslor för att uppnå tillfredsställelse. Resultatet av studien blev att patienten måste hitta balans för att kunna genomföra livsstilsförändringar. Författarna hade 6 faser (A - F) som de ansåg som nödvändiga för att kunna gå igenom förändringsprocessen. Fas A där patienterna insåg att de hade en allvarlig sjukdom. Fas B - E var en aktiv process i livsstilsförändringar. I fas F upplevde patienterna hälsa och blivit medvetna om hur skört livet kan vara. När patienterna hittade en balans i sin livsstil kände de välbefinnande.

”Now it just seems to come naturally /.../ it makes it a whole lot easier. Now I can have a life”(s.22)

Med en balanserad livsstil försonades patienterna med sina känslor. De kände tillfredsställelse och en individuell struktur uppkom. För att kunna hjälpa och stödja patienterna att hitta balansen kom författarna fram till att sjukvårdspersonalen behövde kunskap och förståelse. Samtidigt behövdes en individanpassad omvårdnad (a a).

DISKUSSION

Vi har valt att dela vår diskussion i metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Van den Arend m fl (2000) gjorde en sammanställning om utmaningen att hantera diabetes typ 2. Artikelns titel speglar innehållet. Syftet framgår inte men författarna säger att de fokuserar i denna artikel främst på tertiärt förebyggande av diabetes typ 2. Denna grad av förebyggande är mot försämring av sjukdomen och mot komplikationer. Artikeln i sig är lättläst men tabellerna de har med är svåra att tyda. Trots brister är den ändå med eftersom den poängterar att utbildning är nödvändigt för att få motivation till en förändring av livsstilen.

En studie med en kombinerad metod gjordes av Cooper m fl (2003). Alla patienter som stod på kö till diabetes utbildning på sjukhuset blev erbjudna att delta i studien. Titeln speglade innehållet och en första blick ger läsaren vetskap om innehållet i artikeln. Den har bra rubriker men innehåller många svåra ord och är inte lättläst. Författarna skriver att de delade gruppen i två men en tabell visar att det fanns tre. Antalet deltagare är 89 stycken men bara 40 % svarade och det är för få svar för att kunna generalisera resultatet. Att kombinera två forskningsmetoder blev en tillgång för forskarna. Läsarna får veta att det bedrivits studier men får bara delvis veta resultaten av dem.

Dijkstra m fl (2001) har gjort en semikvalitativ studie, för att se om det skulle komma patienter med diabetes till nytta med ett s k diabetespass. Det är svårt att göra sig en föreställning om vad som egentligen menas med det. Titeln talar om innehåll, vem och vad som ingår i studien. Författarna sätter läsarna väl in i vad artikeln ska handla om i abstrakt och introduktionen. Fyra sjukhus i Holland deltog i studien och varje sjukhus hade ett diabetesteam med minst en läkare och en diabetessjuksköterska. Studien innefattade fyra patientgrupper med totalt 29

patienter. De hade gruppdiskussioner med diabetesteam och patienter var för sig. Diskussionerna bandades och blev sedan nedskrivna. Artikeln är lättläst, men inte så lång. Är det relevant med ett diabetespass?

Den holländska forskningsgruppen med Eijkelberg (2002) i spetsen har gjort en studie om patienter med kroniska sjukdomar. En vårdmodell ledd av sjuksköterskor utvärderades av patienterna. Titeln är missvisande och artikeln har ett svårtolkat språk. Den är kort i förhållande till informationen i den. Resultatet kunde ha utvecklats mer. Grupperna var blandade med patienter som antingen hade KOL eller diabetes typ 2, både män och kvinnor. Patienterna fick bedöma utformningen av föreläsningen, ledandet av grupperna men även modellen som sådan de jobbade efter. Föreläsningarna och intervjuerna blev inspelade på band som sedan renskrevs och kodades. I denna studie lyfter man fram sjuksköterskans betydelse för patienten och för omvårdnaden i allmänhet. Sjuksköterskan får också en samordnande roll som kan förändra bilden av yrket i Holland.

I Holmström m fl (2003) artikel gjordes en undersökning i Stockholm om sjukvårdspersonalens skiftande förståelse om diabetesvård. Titeln speglar innehållet, och de talar klart varför de valt att studera detta område. Författarna valde att titta på grupperna som helhet eftersom de jobbade tillsammans i diabetesteam. De förklarar tydligt hur de har gått till väga genom hela processen. De tar upp sina begränsningar, vilket är bra. De har en bra struktur i sin artikel och den är lättläst. De tar upp begreppet förståelse som är en viktig del i all omvårdnad. Ett begrepp som är grundat i hur vi själva är formade.

Artikeln av Pibernik - Okanovic m fl (2003) har en titel som talar om vad den handlar om och vem som deltar. Syftet med studien var att se om empowerment-baserad utbildning kunde ge mätbara resultat för patienter med diabetes typ 2. Artikeln är tydlig i både abstrakt och introduktionen och sätter läsaren väl in i ämnet. Det är en omfattande studie och många resultat därefter. 73 patienter ville delta och delades i åtta grupper. I kontrollgruppen fanns 35 patienter. Kriterierna för att delta var: diabetes typ 2, under 60 år och låg blodglukoskontroll. Forskarna var väldigt grundliga i sin studie och det generade en grundlig redovisning med många tabeller. Det är en bra artikel som belyser hur viktig livskvaliteten är för patienterna. Det är en relevant studie som ligger rätt i tiden.

Sarkadi och Rosenqvist (1999) har en bra titel på sin artikel, den talar om vad den handlar om. Syftet med studien var att se om studiecirkel var en lämplig modell som utbildningsmetod avseende patienter med diabetes typ 2. Författarna valde att gå via apoteket och en specialutbildad farmaceut, för att nå ut till patienterna. De skriver om sina begränsningar, som att det var ett litet antal deltagare som besvarade frågorna och berättar också att det försvann data om deltagare, som sedan helt uteslöts ur utvärderingen. Men författarna menar att kvalitativ analys kan utföras på ett litet antal och att b- glukosvärdena hade tillräcklig styrka för statistisk analys. Man kan vinna en del kunskap genom farmaceuternas kompetens men man bör ändra sättet att rekrytera patienter på.

Whittemore (2000) gjorde själv en kritisk granskning av 72 publicerade artiklar. Artiklar som handlade om tillvägagångssätt och andra faktorer som påverkar patienter med diabetes till livsstilsförändringar. Alla artiklarna var empiriska, reviews eller metaanalyser och var skrivna mellan åren 1985 och 1999. Artikeln av Whittemore (2000) har ett bra abstract som berättar om syfte, metod och

resultat. Syftet var att kritiskt granska forskningens arbete angående hur sjukvårdspersonalen underlättar livsstilsförändringar hos patienter med diabetes, samtidigt som författaren skulle rekommendera direktiv för omvårdnad, forskning och teori utveckling. Att göra en litteraturstudie är ett sätt att få fram faktorerna som påverkar samtidigt som bristerna syns. Det är svårt att generalisera men det ger en indikation på vad som bör förändras eller förbättras i utbildningen till patienter med diabetes typ 2.

En artikel skriven av Whittemore m fl (2002) har en titel som berättar att det är livsstilsförändringar för patienter med diabetes typ 2 som det handlar om. Artikeln är lättläst, har bra överskrifter och visar bra tabeller som förklarar förändringsprocessen, teorierna i integrationen och strategierna för sjuksköterskan. Kvinnor valdes till studien eftersom de oftast står för mathållningen i hemmet. Det var 9 kvinnor som deltog. Vidare beskriver de inte sin forskningsteori utan skriver enbart att studien är gjord enligt en kvalitativ metod. Andra kriterier för kvinnornas deltagande i studien var att de skulle befinna sig i postmenopausala fasen, ha generell hälsa, ha deltagit tidigare i diabetes utbildningar, och inte vara insulin behandlade. Det är en liten studie, men enligt Polit m fl (2001) är antalet deltagare inom ramarna för en kvalitativ forskningsmetod. Genus på deltagarna var förutbestämt.

En testgrupp och en kontrollgrupp användes för att mäta de tre variablerna övertygelser, attityder och beteende. Detta gjordes i södra England av Woodcock m fl (1999). 43 kliniker deltog och kriterierna för att delta var att varje klinik skulle ha minst fyra allmänläkare som jobbade där och ingå i ett större sjukhus upptagningsområde, ha ett visst antal patienter och ha en diabetes organisation. De allmänläkare och sjuksköterskor som ingick i testgruppen fick en och en halv dags utbildning i att jobba patientcentrerat och med ett visst material. Både vårdpersonalen och patienterna fick svara på ett frågeformulär och ranka sina svar i en skala 1-5, dåligt - mycket bra. Författarna själv kom fram till att detta var nog inte rätt metod för att få fram det de ville. De diskuterade själv att mer djupgående intervjuer skulle ge fler och bättre svar. De kom också fram till att om material skulle användas i undervisning och rådgivning borde materialet hålla en enkel men vuxen profil. För att få svar på sina forskningsfrågor måste man använda rätt forskningsmetod. Kanske var studien för stor att få grepp om.

Resultatdiskussion

Van den Arend m fl (2000) är holländska författare som diskuterar husläkarsystemet i Holland i sin artikel då alla är verksamma där. Författarna konstaterar att för att kunna göra en livsstils förändring måste patienterna ha utbildning. Detta var en utmaning både för läkarna och för patienterna. Läkarsystemet är uppbyggt på ett annat sätt än här. I Holland går patienterna i princip enbart till sin egen husläkare. Upp till 50 % av patienterna med diabetes typ 2 träffar inte regelbundet en diabetesläkare och blir inte screenade för retinopati (ögonbottenförändringar) regelbundet. De går inte till en dietist och har aldrig fått sina fötter undersökta. Författarna anser att patientutbildning bör vara en integrerad del av den fortsatta sjukdomshandlingen. I det lokala handlingsprogrammet för Sydvästra Skånes Sjukvårdsdistrikt (2001) finns beskrivet att alla diabetiker ska genomgå ögonbottenundersökning regelbundet, första gången vid sjukdomsdebuten och därefter vartannat år. Fötterna ska inspekteras vid varje besök hos diabetes-sjuksköterskan likaså blodtrycket. Kostinformation får patienterna av diabetes-sjuksköterskan men vid behov skickas

remiss till en dietist. Urinalbumin och blodprover tas regelbundet. En patient med diabetes typ 2 med ett stabilt sjukdomstillstånd bör komma på återbesök 3-4 gånger per år, varav 2 besök kan göras hos diabetessjuksköterskan. Sverige har en bättre behandling och vård av patienter med diabetes än Holland, sett ur både livskvalitet och ekonomisk synvinkel.

I en studie av Cooper m fl (2003) gjordes korttidsmätningar av b-glukos i en grupp och långtidsmätningar i en annan grupp. De presenterar mätbara förbättringar som ett resultat av utbildningen men det fattades dock citat som talade om vad patienterna tyckte och kände. En nackdel för denna studie var att det inte var många patienter som deltog – enbart 40 % av de 89 tillfrågade valde att delta, det gör det svårt att generalisera resultatet. Enligt författarna fanns det belägg för att utveckla kombinerade forskningsmetoder. De tyckte att den här metoden gav en vägledning för hur professionell utbildning bör bedrivas. Flera patienter uttryckte sina åsikter om att de hade upplevt att kunskaperna hos läkarna skiftade beroende på var de sökte hjälp någonstans. Bör inte förutsättningarna vara lika, oavsett vart man än söker vård? I Sverige finns nationella riktlinjer som utgör grunden för att patienter, var de än bor, har tillgång till vård av jämförlig kvalitet och jämförligt innehåll (Socialstyrelsen, 1999).

Dijkstra m fl (2002) har gjort en studie om ett s k diabetespass. I resultaten kom det fram att många diabetessjuksköterskor var positiva till passet men många läkare tyckte att det inte skulle bidra med något nytt. Även en del patienter var skeptiska. Svaren resulterade i fyra teman. Det finns citat med både från sjukvårdspersonalen och från patienterna. Vår fråga blir då, när sjukvårdspersonalens inställning inte är positiv till något nytt hur ska då patienterna bli motiverade att ta till sig det nya? Kan personalen vara negativ utan att visa det? I de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 1999) beskrivs det att för att få kontroll över sin livssituation och sin sjukdom bör patienten få ”verktyg”. Utbildning och kunskaper i egenvård är några verktyg för att nå resultat. Verktyg som ses som yttre resurser av Carnevali (1999) och som kan innebära skillnaden mellan balans och obalans i hälsorelaterat dagligt liv.

Att forskarna Eijkelberg m fl (2002) blandade grupperna med både KOL och diabetes typ 2 patienter tyckte inte vi var en bra sammansättning. Det är två sjukdomar som inte har mycket gemensamt utöver att de är kroniska. Patienterna fick svara på några frågor men sedan ställde de ännu fler tillbaka till sjuksköterskan. Forskarna tog upp att de hade för många ämnen att diskutera, samtidigt skulle patienterna bedöma flera olika vårdaspekter. Författarna ansåg att främst sjuksköterskorna hade mycket att ta till sig från patienterna. Den kunskap de hade eller inte hade var viktig för själva vårdgivandet. Här sattes kommunikationen i rampljuset för att ge bästa vård till patienterna. Det vill säga att om sjuksköterskan tar sig tid för att prata känner patienten sig sedd. Enligt forskarna var det av yttersta vikt att mer forskning gjordes med ett kombinerat forskningssätt. Författarna bedömde att vid utvärdering av vårdmodeller användes oftast kvantitativa metoder som ger individuella svar. Kunskap om andras uppfattningar, övertygelser, attityder och erfarenheter i grupp är ett effektivt sätt att lära på. Därför valde de en kvalitativ metod för utvärdering av modellen. Med sjuksköterskan som samordnare verkar denna modellstruktur ha en lovande framtid.

Sjuksköterskans funktion är att hjälpa individer att balansera kraven och resurserna i det dagliga livet (Carnevali, 1999). Enbart genom att bekräfta

patienterna kommer man långt men man kommer ännu längre om man jobbar utifrån en vårdmodell där tidsaspekten är en viktig del.

I Holmström m fl (2003) studie identifierades fem teman, A –E. Från tema A, där patienten beskrivs som passiv och förväntas att acceptera den ordinerade behandlingen och följa rekommendationerna utan att ifrågasätta. Till tema E där sjukvårdspersonalen beskrivs som den som stöder patienten att söka kunskap, som är relevant för den unika person som han/hon är. Författarna kom fram till i sina resultat att mer kunskap och förståelse hos diabetespersonalen speglar sig i patienterna. Att kombinera ge och ta, både för patient och för personal, gör att man hittar balansen i det patientcentrerade förhållningssättet. Vi anser att man måste utgå från patientens situation och tillsammans komma fram till vad som är bäst för patienten. Patientcentrerat förhållningssätt beskrivs i Klang Söderkvist (2001), här ska sjuksköterskan inte styra patienten mot ett mål, utan utgå från patientens situation och diskutera tillsammans vad som passar just för denna patient.

Pibernik - Okanovic m fl (2003) får som resultat i sin studie att empowerment i vården av diabetes typ 2 ger ökad livskvalitet och med det kommer bättre b-glukosvärde. Patienter bör tränas att förstå och hitta balans mellan de dagliga kraven och sin sjukdom. Genom att ge patienter fler valmöjligheter, att aktivt lyssna på dem och svara på deras frågor, dvs empowerment, blir resultatet en förbättrad fysisk och psykisk hälsa. Författarna tar kort upp att kontrollgruppen inte har några förbättringar vid uppföljningen. Den beroendeställning som patienter ofta hamnar i under en sjukhusvistelse, kan minska om man som sjuksköterska jobbar med empowerment till patienterna. Om patient och sjuksköterska tillsammans reflekterar över symtom och sjukdomssituation kan de lättare besluta om lämpliga egenvårdsåtgärder (Klang Söderkvist, 2001). Här tycker vi att man kan se hur viktig roll sjuksköterskan har i omvårdnaden. Allt handlar inte bara om det medicinska för att få bra resultat.

Undersökningen av Sarkadi och Rosenqvist (1999) görs tillsammans med apoteket som kanske är ett bra sätt att nå ut till patienterna på. I denna undersökning fick patienterna själva ringa och anmäla sitt intresse efter att ha läst informationsblad. Alla patienter har inte den förmågan. Under de två år som studien pågick deltog 60 patienter. Hade det funnits fler deltagare om författarna aktivt sökt upp patienterna? Klang Söderkvist (2001) belyser att långvarig sjukdom har olika innebörd för olika människor. Har man en sjukdom upplever man det som att man inte är som vanligt. Men om man inte tänker på sin sjukdom, inte pratar om den och inte betar sig som sjuk, är man inte sjuk. Detta syns tydligt i artikeln där vissa patienter inte ansåg sig sjuka och anmälde sig inte till studiecirkelträffarna.

Whittemore (2000) visade att det var absolut nödvändigt att ha en teoretisk forskningsbaserad diabetesvård i framtiden. Författaren ansåg att ett diabetesprogram som innehöll beteendeförändringar var mer effektiva och borde användas mer till alla som har diabetes. Möjligheten att lära genom delade erfarenheter med andra är ett sätt att höja sin självkänsla. Författaren ville även ha ett kulturellt kyrkobaserat samarbete för att nå ut till fler av de afroamerikanska, latinamerikanska och de infödda amerikanska grupperna. Det kan vara för att deras samhälle är mer förankrat i kyrkan än vad vårt är i Sverige. Beroende på hur samhällsstrukturen ser ut i olika länder finns det olika arbetssätt för att nå ut till

allmänheten. I Sverige har vi de Nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 1999) som ger direktiv hur sjukvården ska fungera. Den svenska samhällsstrukturen ger alla möjlighet till vård och hälsoinformation. De lokala handlingsprogrammen är olika beroende på vilka behov som finns i varje region. I Sydvästra Skånes Sjukvårdsdistrikts handlingsprogram (2001) beskrivs det bland annat om undervisning med tolk för de som inte är svensktalande. Det finns även tryckt information på många olika språk. Ett annat sätt är hälsoinformatörer som ger information om den svenska sjukvården till personer med annan etnisk bakgrund.

Det tydliggörs hur svårt det kan vara att förändra sin livsstil i artikeln av Whittemore m fl (2002). Det krävs mycket av patienterna men även av sjuksköterskan som måste hjälpa och stötta patienterna i svåra stunder. För att kunna förändra sitt livsstilmönster måste patienterna ha balans mellan struktur och flexibilitet, hopp och förtvivlan, konflikter och acceptans, diabetes och livet, enligt författarna. Tid och energi för andra saker kan komma tillbaka i och med det. Hur sjuksköterskan bör gå till väga är beskrivet och även citat från patienterna som uttrycker sina känslor om stöttning och hur de kände styrka att gå vidare i livet. Vi tror att om patienten hittar balans mellan krav och resurser är det lättare att acceptera och ta kontroll över sjukdomen och det dagliga livet. I Carnevali (1999) beskrivs krav som t ex förväntningar och värderingar. Inre resurser kan handla om den egna förmågan att behålla livsvilja och ork för att kunna hantera sin sjukdom. Yttre resurser finns runt patienten som ett stöd t ex familj och vänner. Här har vi som sjuksköterskor en viktig funktion som innefattar att hjälpa patienten att balansera krav och resurser i det dagliga livet. Vi som sjuksköterskor kan fungera som en yttre resurs när vänner och familj inte finns som stöd.

I den kvantitativa studien som Woodcock m fl (1999) mättes effekterna av patientcentrerad vård. Författarna fokuserade på vårdpersonalens övertygelser, attityder och beteende under försökstiden som de själva upplevde det och hur patienterna upplevde det. Många av sjuksköterskorna och läkarna hade antingen glömt eller helt enkelt valt bort att använda visst material vid utbildningen till patienterna. Det berodde troligtvis på att materialet inte var tillräckligt bra. De patienter som fick patientcentrerad vård berättade att de upplevde en bättre kommunikation med allmänläkare. De var mer nöjda med behandlingen och mådde bättre än i kontrollgruppen, men de hade trots detta ökat i vikt, hade högre triglyceridhalt i blodet och hade signifikant mindre kunskap om diabetes, ett år efter diagnostisering. I Klang Söderkvist (2001) beskrivs teoretiska modeller och begrepp. Man ger exempel på ineffektiva strategier och framgångsrika tillvägagångssätt för patienter. Man diskuterar också varför människor ändrar sitt beteende eller inte ändrar det. Istället för att förmedla kunskaper och "säga åt" patienten kan man använda ett patientcentrerat förhållningssätt. Hur har då forskarna använt sig av det patientcentrerade förhållningssättet när resultaten ser ut som de gör?

SLUTORD

Hur lär sig patienter med diabetes typ 2 att klara av sin sjukdom? Rosenqvist (2001) skriver i sin artikel att patienter lär sig fortlöpande om sin diabetesjukdom och kan handla därefter på ett rationellt sätt. Först ser de sin sjukdom som ett hot och endast efter att de har accepterat att den finns kan de ta kontroll över den. Därför är det viktigt att sjukvårdspersonalen ser hur långt patienten har kommit i sin lärandeprocess och kan behovsanpassa utbildningen till där han/hon är just nu. En effektiv patientutbildning är viktigt för deras egenvård av sin kroniska sjukdom. Vi behöver fokusera på patienters lärande och kunskap för att finna nya möjligheter till att stödja de patienter som behöver hjälp.

Efter att ha läst alla artiklarna ser vi att empowerment behövs i mötet med patienter med diabetes typ 2 för att få balans. Många patienter tyckte att läkarna inte hade tillräckligt med tid för dem, men att sjuksköterskan hade "all tid i världen" för dem. Detta visar på hur viktiga vi är som sjuksköterskor. Vi behövs i omvårdnaden och vårt bemötande och medverkan har stor betydelse för dessa patienter. Genom att stötta och motivera kan vi hjälpa patienterna ta kontroll över sin sjukdom och hälsa. Mer och mer forskning visar att utbildning, balans och motivation är grunden i arbetet med patienter med diabetes typ 2. Komplikationer kan undvikas och livskvalitet kan uppnås. För samhället betyder det en kostnadseffektivitet på lång sikt. Utbildning för personal som vill jobba med diabetes är lika viktigt som patienternas utbildning. Men även om patienterna har haft sin diabetes i flera år, innebär det inte att de har rätt eller tillräcklig information om sin sjukdom. En bra utbildning på patienternas nivå ger positiva effekter i behandlingen. Ett nytt fenomen är att även barn har diabetes typ 2 och ses ibland på våra barnkliniker. Här är det ännu viktigare att ha noga tänkt igenom hur man ska kunna hjälpa barnen och deras familjer.

Obalans mellan krav och resurser kan påverka patientens dagliga liv vid en nydiagnostiserad diabetes typ 2. Här handlar det om att få balans igen, eftersom den nya hälsosituationen kräver att patienten måste ha andra och nya kunskaper för att hantera sin sjukdom. Patientens sätt att reagera, styrka och/eller begränsningar kommer att påverka omvårdnaden. Där måste vi som sjuksköterskor hjälpa och stötta patient och anhöriga så att balansen bibehålls eller återhämtas. Det är viktigt att se patientens behov och situation som en helhetsbild. Här kände vi att Doris Carnevalis omvårdnadsmodell stämde överens med våra tankar.

Vi ber om stora förändringar i patienternas livsmönster och alla vet vi hur svårt det kan vara att förändra sina vanor. Det tar lång tid ibland och vi måste förskansa oss med tålamod. Rom byggdes inte på en dag. Det har gått nästan 20 år sedan utbildning för patienter med diabetes startade, men ännu finns det ingen klar bild om hur utbildningsprogrammen bör se ut. Vi anser att de faktorer som påverkar i mötet med patienterna är balans, motivation och utbildning till både patienter och personal. Med hjälp av dessa kommer vi målet lite närmre. Många forskare påtalar i sina artiklar att mer forskning behövs inom detta område. Vi upplevde det positivt att vissa forskare använde en kombinerad forskningsmetod i sina studier. Just diabetes typ 2 kan mätas på olika vis, både kvalitativt och kvantitativt. Hur utbildningarna ska se ut har vi inget svar på men tidsfaktorn och empowerment är viktiga i omvårdnadssituationen, med patienter med diabetes typ 2.

Genusperspektiv

I en av studierna från Sverige påtalade forskarna könsfördelningen inom de olika yrkesgrupperna. 95 % av sjuksköterskorna, alla undersköterskor och 50 % av allmänläkarna var i studien kvinnor. Detta följer det nationella mönstret i Sverige. Finns det en koppling mellan genus och yrkesvalet? Varför är det så att det är flest kvinnor som söker sig till sjuksköterskeyrket? Varför finns det mer tid hos sjuksköterskan än hos läkaren? I en av de holländska studierna upplevde patienterna att de fick mer tid hos sjuksköterskan än hos läkaren, och sjuksköterskan benämndes genomgående som "hon". Vilket är genus och vilket är professionen?

Förslag till fortsatt forskning

Med tanke på genusperspektivet skulle det vara intressant att veta vilket som är genus och vilket som är profession. Samtidigt är det intressant att få veta hur mycket det påverkar i omvårdnadssituationen.

Att utbildning behövs både till patienter och till personal är det ingen tvekan om. Hur utbildningen ska se ut är frågan, men vi har sett att motivation och balans mellan krav och resurser är något som behövs. Att motivera patienterna till livsstilsförändringar och få dem att hitta balans i det dagliga livet är tidskrävande. Kanske borde forskarna lägga mer vikt vid tidsaspekten?

REFERENSER

- Agardh, C-D (2002) *Diabetes*. Stockholm: Liber.
- Almås, H (2002) *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Van den Arend, I J M m fl (2000) Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Education and Counseling*, 40, 187-194.
- Beebe, C & O'Donnell, M (2001) Education Patients with type 2 Diabetes. *Nursing Clinics of North America*, 36, 375 – 386.
- Carnevali, D (1999) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.
- Cooper, H m fl (2003) Using combined research methods for exploring diabetes education. *Patient Education and Counseling*, 51, 45-52.
- Dijkstra, R m fl (2002) Empowering patients: how to implement a diabetes passport in hospital care. *Patient Education and Counseling*, 47, 173-177.
- Eijkelberg, I M J G m fl (2002) Patient focus groups about nurse-led shared care for the chronically ill. *Patient Education and Counseling*, 47, 329-336.
- Ericson, E & Ericson, T (2002) *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Grefberg, N & Johansson, L-G (2003) *Medicinboken*. Stockholm: Liber
- Holmström, I m fl (2003) Swedish health care professionals` diverse understanding of diabetes care. *Patient Education and Counseling*, 51, 53-58.
- HSL hälso- och sjukvårdslag 1982: 763
- Klang Söderkvist, B (2001) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pibernik-Okanovic, M m fl (2003) Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Education and Counseling*, Article in press.
- Polit, D F m fl (2001) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Polonsky, W (2002) *Diabetes hela livet*. Lund: Studentlitteratur.
- Region Skåne (2002) >www.regionskane.se/diabetesmellitus< 2003-09-30.
- Rosenqvist, U (2001) Patient education – new trends in Sweden. *Patient Education and Counseling*, 44, 55-58.
- Sarkadi, A & Rosenqvist, U (1999) Study circles at the pharmacy - a new model for diabetes education in groups. *Patient Education and Counseling*, 37, 89-96.

- Snoek, F (2003) Improving quality of life in diabetes: how effective is education? *Patient Education and Counseling*, 51, 1-3.
- Socialstyrelsen (1999) Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus – Version för hälso- och sjukvårdspersonal. >www.sos.se< 2003-09-30.
- Svenska diabetesförbundet (2003) > <http://www.diabetes.se> < 2003-11-11.
- Sydvästra Skånes Sjukvårdsdistrikt (2001) Lokalt Kliniskt Handlingsprogram för Diabetes Mellitus.
- Whittemore, R (2000) Strategies to Facilitate Lifestyle Change Associated with Diabetes Mellitus. *Journal of Nursing Scholarship*, 32:3, 225-232.
- Whittemore, R m fl (2002) Lifestyle Change in Type 2 Diabetes. *Nursing Research*, 51:1, 18-25.
- Woodcock, A m fl (1999) Diabetes Care from diagnosis: Effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behavior of primary care professionals. *Patient Education and Counseling*, 37, 65-79.