



HÖGSKOLAN
DALARNA

Magisterexamensarbete

Distriktssköterskans erfarenhet av att motivera patienter med diabetes mellitus typ 2 till livsstilsförändringar

Kvalitativ intervjustudie

The district nurse experience to motivate patients with diabetes type 2 to lifestyle changes

A qualitative study

Författare: Matilda Andersson och Sara Waern
Handledare: Lena Marmstål Hammar
Examinator: Ginger Selander
Granskare: Ewa Billing
Ämne/huvudområde: Examensarbete i omvårdnad
Kurskod: VÅ3111
Poäng: 15hp
Examinationsdatum: 170110

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet. Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access. Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes mellitus typ 2 är en sjukdom som ökar i befolkningen världen över. Sjukdomen kan ge allvarliga komplikationer som påverkar patientens hälsa. En central del i behandlingen är att förändra ohälsosamma levnadsvanor. **Syfte:** Syftet var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av hur de motiverar patienter med diabetes mellitus typ 2 till livsstilsförändringar. **Metod:** En kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer genomfördes där fem distriktssköterskor intervjuades. Materialet analyserades enligt Graneheim och Lundmans innehållsanalys. **Resultat:** I studien framkom vikten av att distriktssköterskan skapade en god relation med patienten för att motivera till livsstilsförändringar. Deltagarna i studien belyste vikten av att finna stöd i patientens omgivning genom att engagera familjen och genom stöd från andra patienter. Det framkom även att patienterna blev motiverade till livsstilsförändringar genom att deltagarna var en god pedagog. Det var av betydelse att samarbeta med andra professioner och att patienterna fick individanpassad information, till hjälp använde sig distriktssköterskan av olika pedagogiska metoder för att öka deras motivation. **Slutsats:** För att distriktssköterskan ska kunna motivera sina patienter till livsstilsförändringar måste informationen de ger vara individanpassad, vilket kan göras genom olika pedagogiska metoder. En viktig förutsättning för att lyckas med ett förändringsarbete är att distriktssköterskan skapar en god relation med sina patienter genom att etablera ett förtroende.

Nyckelord: Diabetes typ 2, distriktssköterska, livsstilsförändring, egenvård, motiverande samtal

Abstract

Background: Diabetes mellitus type 2 is a disease that is increasing in the population worldwide. The disease can cause severe complications that affect patient health. An important part is to change unhealthy habits. **Purpose:** The aim was to describe the district nurse's experience of how they motivate patients with type 2 diabetes to lifestyle changes. **Method:** A qualitative approach with semistructured interviews were conducted and five district nurses were interviewed. The material was analyzed according to Graneheim and Lund's content analysis. **Results:** The study revealed that it was important that the district nurse created a good relationship with the patient to motivate lifestyle changes. Study participants highlighted the importance of support in the patient's environment by involving family and other patients. It also emerged that the participants motivated by being a good teacher and to work with other professionals. Personalized information and different kinds of pedagogical methods were used to increase the patient's motivation. **Conclusion:** To be able to motivate their patients to lifestyle changes the district nurse must provide information individually to their patients which can be done through various teaching methods. It's also important to create a good relationship with their patients by establish trust.

Keywords: Diabetes mellitus type 2, district nurse, lifestyle changes, self care, motivational interviewing

Innehållsförteckning

BAKGRUND	1
Diabetes och behandling	1
<i>Prevalens</i>	2
Riktlinjer	2
Samhällskostnader	3
DM2 i primärvården	3
Egenvård	4
<i>Egenvårdsteorin</i>	5
Faktorer som påverkar patienternas motivation till livsstilsförändringar	5
<i>Omgivningens inverkan på DM2 patienternas motivation</i>	6
Distriktssköterskans arbete med DM2 patienter	7
<i>Motiverande samtal</i>	7
<i>Etik i relation med patienten</i>	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
Design	9
Urval	10
Datainsamling	10
Tillvägagångssätt	10
Analys	11
RESULTAT	12
Att skapa en god relation	12
<i>Att vara ärlig</i>	12
<i>Att skapa förtroende</i>	13
Att finna stöd för patienten genom dennes omgivning	14
<i>Att engagera familjen</i>	14
<i>Att engagera patienter tillsammans</i>	15
Att vara en god pedagog	16
<i>Att samarbeta med andra professioner</i>	16

<i>Att ge individanpassad information</i>	<i>17</i>
<i>Att använda sig av pedagogiska metoder</i>	<i>18</i>
DISKUSSION.....	19
Sammanfattning av huvudresultat.....	19
<i>Att skapa en god relation</i>	<i>20</i>
<i>Att finna stöd för patienten genom dennes omgivning.....</i>	<i>22</i>
<i>Att vara en god pedagog.....</i>	<i>24</i>
Metoddiskussion	26
Slutsats	27
Studiens kliniska betydelse.....	28
Förslag till vidare forskning	28
REFERENSER	29

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Etisk egengranskning

Bilaga 3 Information

Bilaga 4 Informerat samtycke

Bilaga 5 Författardeklaration

BAKGRUND

Diabetes och behandling

Diabetes är en sjukdom som ökar i befolkningen världen över och är ett samlingsnamn för en rad olika former av sjukdomen där den gemensamma faktorn är en förhöjd blodsockerhalt. Diabetes mellitus typ 1 och diabetes mellitus typ 2 (DM2) är de vanligaste formerna av sjukdomen. DM2 innefattar förhöjda blodsockernivåer, ofta till följd av insulinresistens i kroppens insulinberoende vävnader. Efter en längre tids sjukdom kan även insulinbrist förekomma (Ericson & Ericson, 2008). Om DM2 sjukdomen förblir obehandlad kan den höga blodsockernivån leda till allvarliga komplikationer som njurskador, nervskador, ögonbottenförändringar och hjärt- och kärlsjukdomar. Genom att angripa de riskfaktorer som har stor påverkan på komplikationer i de små och stora blodkärlen finns det ett starkt vetenskapligt stöd för att komplikationer kan förhindras eller fördröjas. De riskfaktorer förutom högt blodsocker som påverkar är rökning, höga blodfetter och ett högt blodtryck. En central del vid behandling av DM2 är att förändra ohälsosamma levnadsvanor och de livsstilsförändringar som bör eftersträvas är hälsosamma kostvanor, ökad fysisk aktivitet, viktreduktion samt rökstopp. Genom att etablera dessa egenvårdsåtgärder, kan blodsockernivån stabiliseras. Vid otillräckliga resultat kan därefter läkemedelsbehandling övervägas (Socialstyrelsen, 2015a). Den medicinska behandlingen mot sjukdomen består av tablettbehandling med perorala antidiabetika och injektioner av insulin. Om medicinering med tabletter är otillräcklig kan injektioner med insulin ordinerars. Läkemedlen har till syfte att sänka blodsockernivån, öka frisättningen av insulin och för att öka insulinkänsligheten (Läkemedelsverket, 2010). De patienter med komplicerad DM2 tas om hand av sjukvården på medicin- och endokrinologikliniker, men de flesta patienter får vård inom primärvården. En central roll i vården av DM2 är att patienten får kunskap och utbildning om sin sjukdom. För att nå bästa tänkbara behandlingsresultat bör utbildningen ledas av en person som har kompetens inom pedagogik och DM2, samt att egenvården anpassas efter individen (Socialstyrelsen 2015a).

Prevalens

I Sverige är prevalensen av diabetes uppskattad till 4 procent, varav 85-90% av diabetesfallen är DM2. År 2012 vårdades 285 000 diabetespatienter i primärvården, varav 97% hade DM2. Männen utgör majoriteten av patienter med DM2, med en förekomst av 56.2% och medelåldern är lite lägre vid diagnos än för kvinnorna. Den genomsnittliga medelåldern för kvinnor och män år 2012 var 62.9 år (Isaksson, Hajdarevic, Abramsson, Stenvall & Hörnsten, 2014). Världen över ses en ökning av DM2. Sjukdomen är ett stort hot mot hälsan och livskvalitén för miljoner av människor, vilket medför stora hälsoutmaningar. Det är vanligt att patienterna med DM2 även har andra sjukdomar, vilket gör dem sårbara och leder till komplexa omsorgsbehov. I Storbritannien har patienterna i genomsnitt fyra andra sjukdomar utöver diabetes, i USA är diabetesvården otillräcklig och stämmer inte överens med de riktlinjer som finns (Graue, Dunning, Fjelde Hausken & Rokne, 2013).

Riktlinjer

Socialstyrelsen (2015a) har utformat en central rekommendation i syfte att förhindra eller fördröja diabeteskomplikationer, vilket innebär att hälso- och sjukvården bör satsa på en effektiv blodfett- och blodtrycksbehandling, rökstopp, intensiv blodglukossänkande behandling samt viktreduktion. Dessutom bör hälso- och sjukvården erbjuda patienter med DM2 stöd för ökad fysisk aktivitet då det är en viktig del vid livsstilsförändring. Det finns många studier om att livsstilsförändringar förhindrar sjukdomen från att utvecklas eller gå i progress. En liten förbättring och ökning av den fysiska aktiviteten är av stor betydelse (Plotnikoff, Trinh, Courneya, Karunamuni & Sigal, 2011; Graue, Dunning, Fjelde Hausken & Rokne, 2013; De Greef, Deforche, Tudor-Locke & De Bourdeaudhuij, 2011; R. Fowles, Shields, Barron, McQuaid & Dunbar, 2014; Korkiakangas et al., 2011a). Dessutom minskar risken för diabeteskomplikationer som patienten riskerar att utveckla, då patienten har haft sjukdomen en längre tid och om blodsockernivån är över normalvärdet (Socialstyrelsen, 2015a).

Förutom fysisk aktivitet är kosten en central åtgärd vid behandling av DM2, där bra matvanor kan stabilisera blodsockret, förbättra den metabola kontrollen och ger minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Det forskas intensivt om vilken kosthållning som är gynnsam för patienter med DM2. Det finns underlag för att flera olika typer av kosthållning kan vara bra för patienterna. Ett bra riktmärke för distriktssköterskan vid rådgivning är att hitta en bra

vardagskost som ger de näringsämnen som kroppen behöver. Oftast är en liten förändring i patientens befintliga kosthållningen det mest effektiva sättet att förbättra matvanorna. Att byta ut mindre bra livsmedel mot bättre alternativ kan ibland vara en tillräcklig förändring. Till bra livsmedel räknas frukt och grönsaker, fullkornsprodukter, bönor, ärtor, linser och fisk. Viktnedgång är ofta indicerat i diabetesbehandlingen och då är det viktigt att ha koll på energiintaget och reducera energitäta livsmedel. Vid rådgivning där patienten har viktreducering som mål, är det viktigt att tänka på att det totala energiintaget är viktigare att fokusera på än det enskilda livsmedlet. Viktminskning sker när det totala energiintaget är lägre än det vi förbrukar (Socialstyrelsen, 2011).

Samhällskostnader

I och med att diabetes kan leda till flertalet komplikationer, orsakar sjukdomen höga samhällskostnader genom sjukskrivning samt ett ökat behov av omsorg och sjukvård. Om de nationella rekommendationerna för diabetesvård efterföljs förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården öka på kort sikt men i ett längre perspektiv kan det frigöra resurser genom en förväntad minskning av diabeteskomplikationer. De beräkningar som finns tyder på att fetmakirurgi och vård av försämrad munhälsa kommer att minska, vilket kan leda till att dessa extra resurser som finns idag relaterat till komplikationer av diabetessjukdomen inte längre behövs. I ett längre perspektiv förväntas ändå kostnaderna öka då befolkningen ökar, samt att patienterna lever längre med sin diabetessjukdom som följd av en bättre kontroll av riskfaktorer. I diabetesvården är fysisk aktivitet idag en underutnyttjad resurs. Hur många personer med DM2 som är fysisk aktiva skiljer sig dock åt i de olika landstingen. Hälso- och sjukvården bör erbjuda stöd för ökad fysisk aktivitet, då det kan ge en positiv effekt på minskad förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar, och för tidig död. Ökad fysisk aktivitet tillsammans med hälsosamma kostråd, är åtgärder som påverkar både livslängd och livskvalitet positivt (Socialstyrelsen, 2015a).

DM2 i primärvården

Förebyggande vård på vårdcentraler involverar ingripanden som försenar eller stannar upp utvecklandet av diabetes (Plotnikoff, Trinh, Courneya, Karunamuni & Sigal, 2011). I en studie framgår att det behövs bättre utformade processer för att utveckla behandlingen till patienter med DM2 (Hitchcock Noel, Lozano Romero, Robertson & L Parchman, 2014). Fysioterapeuter innehar en stor kunskap och det är viktigt att ta hjälp av dessa i den

förebyggande och behandlande vården. De kan hjälpa till med att starta upp ett program på vårdcentraler och komma med idéer om hur ett vårdprogram kan se ut (Deshpande, Dodson, Gorman & Brownson, 2008). Många vårdcentraler har sett att ett stort hinder är patienterna själva och deras brist på kunskap, vilket leder till att behandlingen inte håller kvaliteten. Det som lyfts fram är behovet av att förbättra patientens kunskap om sin sjukdom för att stärka en vilja till förändring. Enligt Magson- Roberts (2007) är de ekonomiska resurserna en stor barriär för vårdcentralerna, då de måste tänka på att vara kostnadseffektiva när de planerar sitt arbete och utformar behandlingsprogram för sina patienter. Distriktssköterskan är en av få professioner som har hand om patienter med DM2 och om den evidensbaserade forskning som finns avseende rådgivning om livsstilsförändringar efterföljs, kan det leda till färre sjukhusvistelser och komplikationer.

Egenvård

En central del i behandlingen av DM2 är egenvård där patienten själv styr sin behandling. Genom egenvård samarbetar patienten och distriktssköterskan om vilka möjligheter patienten har till egenvård. Distriktssköterskan bidrar med den medicinska kunskapen och patienten informerar om de kunskaper om sin egenvård som personen besitter. Därefter planeras realistiska mål för patienten, där distriktssköterskan bidrar med det stöd som krävs för att patienten ska nå dessa (Socialstyrelsen, 2015a). Ur ett patientperspektiv beskriver Isaksson, et.al. (2014) egenvård som läran från egna reaktioner på sjukdom och behandling, genom upplevelser i vardagen, omstrukturering av identitet och undersökning av egna begränsningar. Eftersom DM2 ofta är asymtomatiskt kan egenvården upplevas som en stor utmaning, framförallt hantering av kost och motion (Oftedal, Bru och Karlsen, 2010). Isaksson et.al. (2014) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal förväntar sig att patienter med DM2 ska ansvara för sin egenvård, vilket innebär att äta hälsosamt, motionera samt följa läkemedelsordinationer, för att uppnå blodsockervärden inom det normala intervallet. För att ha möjligheten att kunna agera och göra målmedvetna beslut krävs träning och tillräcklig kunskap (Isaksson et.al., 2014). Förändringen i sig måste ske genom egenvård och patienten måste därför lära sig hur de ska hantera den nya situationen. Genom att öka patientens egenvårdskapacitet sparas det på sikt anställda och resurser, vilket kan leda till en minskad ekonomisk belastning för vårdcentraler (Hitchcock Noel et al., 2014).

Egenvårdsteorin

Egenvårdsteorin är en omvårdnadsteori som har utvecklats och utformats av Dorothea Orem, egenvård beskrivs som en handling människan gör på eget initiativ, för sig själv och för beroende familjemedlemmar. Handlingen är målinriktad och har till syfte att främja hälsa, välbefinnande, normal funktion och utveckling hos människan. Orem beskriver omvårdnad som en samhällelig hjälpinsats, som utgår från individens egenvårdsbehov och genomförandet av egenvårdshandlingar för att bevara liv och hälsa. Vid hälsoproblem är människan ofta beroende av omvårdnad, för att uppfylla sina egenvårdsbehov så att självständighet kan återuppstå. Det krävs en mer omfattande insats vid kronisk sjukdom, från personen själv och familjen, då den nya livssituationen ska hanteras både känslomässigt, tankemässigt och då nya handlingsmönster ska skapas i vardagen. Egenvårdskapacitet är ytterligare ett begrepp som Orem beskriver som patientens egen förmåga att tillgodose kraven på egenvård, att ta beslut på handlingar och genomföra dem. Genetiska faktorer, kulturella förhållanden samt tidigare erfarenheter och hälsotillstånd kan påverka egenvårdskapaciteten. Det kan råda obalans om patienten har otillräcklig kunskap, sviktande förmåga att bedöma och besluta eller sviktande förmåga att utföra målinriktade handlingar (Orem, 2001).

Faktorer som påverkar patienternas motivation till livsstilsförändringar

Det behövs mer kunskap om vilka faktorer som är av betydelse för att patienter med DM2 ska förändra sin livsstil. Dessa faktorer är viktiga att belysa, så att de kan användas i den viktiga behandlingen att stabilisera blodsockernivån (Plotnikof, Trinh, Courneya, Karunamuni & Sigal, 2011). Livsstilsförändringar har en stor betydelse i att stabilisera glukosnivån hos patienter med DM2. Om ingen förändring görs är risken stor för följsjukdomar och komplikationer relaterat till DM2 (Yang, Zoe, Xu, Li & Yang, 2016). Det är vanligt att patienter med DM2 är rädda och i förnekelse över sin sjukdom, och det är viktigt att de får stöd så att de får självinsikt om vad de kan påverka genom livsstilsförändringar. En hälsosam kosthållning är en viktig del för att minska risken för DM2 och de komplikationer som sjukdomen kan leda till (Clark, 2014). Trots att det vid livsstilsförändringar är välkänt att fysisk aktivitet har en avgörande roll för att upprätta en god hälsa och är en av hörnstenarna i diabetesbehandlingen är det ofta en brist hos patienter med DM2 (Heiss & Petosa, 2014). I De Greef et al. (2011) studie framgår det att patienterna upplever att de får mindre stöd, information och uppmuntran om fysisk aktivitet jämfört med andra delar av deras behandling, som hälsosammare kostvanor (Korkiakangas, 2011a; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-

Kiukaanniemi, 2011b). Van Bysterveldt et al. (2014) belyser även att bristen på motivation är en stor barriär till fysisk aktivitet. I studien framgår att när deltagarna inte får det stöd som de behöver av personer i sin omgivning, reflekteras det negativt mot den fysiska aktiviteten. Heiss & Petosa (2014) kom fram till att även om flertalet patienter med DM2 har kunskap om bakgrunden av sin sjukdom och de livsstilsförändringar som rekommenderas, så är det inte tillräckligt för att patienterna skulle följa rekommendationerna i sin vardag. Det har även påvisats att patienter med DM2 speglar en mer negativ attityd mot fysisk aktivitet, än de som inte har sjukdomen. De känner en stor press om att vara fysiskt aktiva och upplever att tidsbrist, trötthet, otillräckligt intresse för träning och brist på träningslokaler försvårar situationen. Den negativa attityden påverkar även träningen negativt. Det som påvisats i studier är att de som tränar känner en positiv förändring då de blir mindre trötta, orkar mer, har mindre ont och känner sig mer glada (Heiss & Petosa, 2014; Korkiakangas, 2011a). Andra viktiga faktorer för att öka motivation till livsstilsförändringar för patienter med DM2 är enligt Korkiakangas et al. (2011a) att finna glädje i träningen, få sociala relationer relaterat till träning, få uppmuntran från andra, märka av hälsofördelar genom en mer hälsosam kosthållning och en önskan om viktkontroll. Det är även viktigt för patienterna att känna delaktighet med andra i en aktiv livsstil då de beundrar vänner som är aktiva och hälsosamma, samtidigt som de vill vara en förebild för sina barn och andra barn i sin närhet. Van Bysterveldt et al. (2014) belyser vikten av gruppundervisning tillsammans med andra patienter med DM2 då de blir mer motiverade till livsstilsförändringar när de får stöd av varandra och av den personal som håller i undervisningen.

Omgivningens inverkan på DM2 patienternas motivation

Många av deltagarna i en studie av Oftedal, Bru och Karlsen (2010) upplever stödet från hälso- och sjukvårdspersonal som uppbyggande. Däremot är upplevelsen av stöd från vänner och familj liten. Den stora skillnaden mellan upplevt stöd av hälso- och sjukvården, i förhållande till vänner och familj, tyder på att det finns potential till att involvera familj och vänner i syfte att öka det konstruktiva stödet beträffande livsstilsförändringar. Hos äldre patienter med DM2 i Lucas (2013) studie omfattar det sociala nätverket grannar, distriktssköterskan samt barn och familjemedlemmar. Distriktssköterskan har en central roll i den äldre patientens sociala sammanhang, då deras upplevelse är att den fysiska förmågan hindrar patienterna från att vara sociala. Den begränsande faktorn upplevs dock inte bero på

sjukdomen utan andra fysiska förmågor som nedsatt syn, hörsel, rörlighet och munhälsa (Lucas, 2013). Genom ett socialt stöd kan motivation förbättras, då personerna känner en samvaro i gemenskapen där de inte blir bedömda. När det sociala stödet finns är det lättare att hitta motivation till att göra livsstilsförändringar, genom en mer hälsosam kost och ökad fysisk aktivitet (Ferrand, Perrin & Nasarre, 2008; Van Bysterveldt et al., 2014). Känslan av samvaro och stöd från andra är patienterna inte vana vid, då de ofta känner sig isolerade och ensamma på grund av sin sjukdom. När patienterna får umgås med personer i samma situation förstärks känslan av samhörighet och de känner sig accepterade och mindre ensamma (van Bysterveldt et al. 2014). Enligt Isaksson et al. (2014) studie upplever patienterna som är sambo ett signifikant högre stöd från anhöriga än de som lever ensamma. Patienter med DM2 som är sambo uppger också ett större behov av att anhöriga deltar vid kliniska besök än ensamboende. Det framgår även att både nydiagnostiserade och de som levt med DM2 i 10-15 år skattar ett högre behov av gruppstöd, samt att kvinnor har ett signifikant högre behov av stöd vid egenvård än vad män i studien har. Lucas (2013) bekräftar att det sociala sammanhanget upplevs viktigare hos kvinnor än hos män.

Distriktssköterskans arbete med DM2 patienter

Distriktssköterskans roll inom primärvården vid livsstilsrådgivning beskrivs som komplex. De försöker främja beteendeförändringar på ett stödjande, empatiskt och omfattande sätt för att se till att barriärer övervinns, så att livsstilsförändringar kan ske (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Glyn Elwyn, & Grol, 2010, Clark, 2014). Distriktssköterskan upplever att de flesta patienterna har begränsade kunskaper om vad en sund livsstil är, och har begränsad insikt om sitt eget beteende. Distriktssköterskan upplever också att patienterna saknar motivation till att förändra sin livsstil eller disciplin till att upprätthålla en förbättrad livsstil. Distriktssköterskan i sin tur rapporterar en brist på färdigheter i sin rådgivning och otillräckligt med tid för att bedriva en effektiv livsstilsrådgivning (Jansink, et.al., 2010).

Motiverande samtal

Motivational interviewing (MI) är en samtalsmetod som utformades av den amerikanske psykologen och professorn William R. Miller. Han arbetade främst med människor med missbruksproblem men beskriver att samtalsmetoden även kan användas vid olika sammanhang där en förändring behövs. MI bygger på respekt för en persons självbestämmande och det är genom dess vägledande strategier som motivationen hos

patienten ska öka (Miller & Rollnick, 2013). Vid vård av patienter med beroende- och missbruksproblem finns det idag vetenskapligt stöd för att MI fungerar som samtalsmetod (Socialstyrelsen, 2015b). Det saknas fortfarande vetenskapligt underlag för att använda metoden vid förändringsarbete i diabetesvården då tidigare studier inte visat någon effekt på viktreduktion eller stabilare blodsocker (SBU, 2009). Distriktssköterskan främsta uppgift är att lyssna på patienten och ha ett öppet förhållningssätt, då MI bygger på att patienten själv ska komma fram till mål och åtgärder. Metoden grundar sig i människans behov av att bli sedd, hörd, förstådd, respekterad och accepterad. När dessa behov blir uppfyllda är det lättare att hitta de strategier som behövs för att uppnå motivation. För distriktssköterskan handlar det om att öka patientens tro på sin egen förmåga för att finna lösningar, och ta steg i rätt riktning, vilket ska ske i patientens egen takt och på dess villkor. MI är därför en personcentrerad metod där distriktssköterskan fungerar som ett stöd, men ändå aktiv och engagerad i samtalet för att guida patienten mot en förändring. En viktig del i MI är att utforska patientens ambivalens, det vill säga patientens osäkerhet och vilja till en förändring, vilka fördelar och nackdelar en förändring bär med sig. Det är avgörande att personen har en önskan om förändring, då det är patienten själv som ska hitta motivationen till den. Om patienten pressas till ett beslut hen inte är redo för eller då distriktssköterskan försöker övertyga patienten, finns risken att patientens motstånd för en förändring istället ökar (Holm Ivarsson, 2013).

Etik i relation med patienten

Etiska överväganden är viktiga för distriktssköterskan i samband med att en patient diagnostiseras med en sjukdom. Dessa situationer kan ge olika känslor och upplevas som en kris i personens liv, vilket kan ge upphov till att patientens autonomi hotas. Då är det viktigt att patienten får personligt anpassad information om sjukdomen och dess behandling, för att återfå en känsla av kontroll över situationen. Men att göra etiska bedömningar kan vara komplicerat. Förutom viljan att göra gott och att inte skada patienten så ska distriktssköterskan samtidigt värna om patientens autonomi och integritet. Om patienten inte vill ta emot en behandling som på sikt minskar påskyndandet för diabeteskomplikationer, kan ett etiskt dilemma uppstå. Distriktssköterskans kunskap om att dålig glukoskontroll kan leda till ett snabbare utvecklande av diabeteskomplikationer, står i strid med patientens rätt till självbestämmande och integritet. Då är det viktigt att patienten får den kunskap och

information som krävs om sjukdomen för att själv ha möjlighet att kunna ta ett rättfärdigt beslut om åtgärd (Socialstyrelsen, 2015a).

PROBLEMFORMULERING

DM2 är en sjukdom som ökar över hela världen vilket leder till höga samhällskostnader genom sjukskrivning och ett ökat behov av omsorg och sjukvård. Distriktssköterskan har en viktig roll vid behandlingen av DM2 då hen har den närmaste kontakten med dessa patienter. Distriktssköterskans uppgift är att motivera patienten till livsstilsförändringar då egenvård är en stor del av behandlingen. Egenvård är en handling som människan gör på eget initiativ, för sig själv och har till syfte att främja hälsa, normal funktion, välbefinnande och utveckling. Enligt egenvårdsteorin är sjuksköterskans uppgift att utreda om terapeutiska egenvårdskrav är i obalans med egenvårdskapaciteten och vilka åtgärder som behöver sättas in. Distriktssköterskan behöver vägleda patienterna till hur de ska utföra sin egenvård samtidigt som det värnas om patientens autonomi och integritet. Patientens upplevelse om att bristen på motivation är en stor barriär till att genomföra livsstilsförändringar bidrar därmed till att distriktssköterskans arbete till att motivera till livsstilsförändringar vid DM2 är en komplex uppgift. Många gånger kan hjälp behövas från olika professioner inom vården för att vara ett stöd i patientens nya livssituation. Distriktssköterskan är en stor del i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Genom denna studie finns en förhoppning om att öka kunskapen hos distriktssköterskan och därmed minska förekomsten av DM2 och dess komplikationer.

SYFTE

Att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av att motivera patienter med diabetes mellitus typ 2 till livsstilsförändringar.

METOD

Design

Studien är empirisk med kvalitativ ansats (Henricson, 2012) med intervjuer som datainsamlingsmetod och kvalitativ innehållsanalys som analysmetod.

Urval

Undersökningsgruppen valdes utifrån ett strategiskt urval (Polit & Beck, 2012). Studien genomfördes i 4 städer och på 4 olika vårdcentraler i Dalarna. Fem distriktssköterskor deltog i studien där inklusionskriterierna var att de skulle vara distriktssköterskor, ha arbetat på en vårdcentral under minst ett år och de skulle även ha erfarenhet av arbete med DM2 patienter. Deltagarna i studien hade erfarenhet av att arbeta som distriktssköterskor mellan 4-22 år med ett medelvärde på 13 år. De hade erfarenhet inom diabetes mellan 2-18 år med ett medelvärde på 7 år. Medelåldern var 49 år. Fyra av deltagarna hade läst diabeteskurs med varierande högskolepoäng. Fyra av deltagarna hade läst kurser i pedagogik och gått utbildning genom verksamheten.

Datainsamling

Datainsamlingsmetoden bestod av semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck, 2012). Författarna hade en intervjuguide som stöd under intervjun (bilaga 1), som har sammanställts gemensamt. Guiden omfattade 9 huvudfrågor samt följdfrågor vilket säkerställde att varje intervju höll fokus på syftet.

Tillvägagångssätt

Förfrågan om att få genomföra studien skickades ut via mail till verksamhetschefer på respektive vårdcentral inom Landstinget Dalarna. Förfrågan innehöll ett informationsbrev (bilaga 3) samt ett informerat samtycke (bilaga 4). Därefter kontaktades deltagarna genom mail med samma information om studien (bilaga 3) och informerat samtycke (bilaga 4). Med vändande mejl inhämtades godkännande av verksamhetschefer för att få genomföra intervjun. Deltagarna bokades in till intervjuerna med plats och tid som passade deltagarna. Innan intervjuerna utfördes inhämtades underskrift till informerat samtycke av deltagarna (bilaga 3). Intervjuerna genomfördes under oktober och november 2016 och utfördes separat av författarna på respektive vårdcentral i deltagarens mottagningsrum. Ingen pilotintervju genomfördes innan. En diktafon lånades på Högskolan Dalarna och användes för att spela in intervjuerna som omfattade ca 30 min vardera. Efter varje intervju transkriberades inspelningen och textmaterialet kodades med en siffra. Inspelningen raderades efter transkriberingen utförts.

Forskningsetiska överväganden

Inga forskningsetiska problem framkom efter att Högskolan Dalarnas etiska egengranskning utförts och det behövdes ingen formell etisk ansökan (bilaga 2). Deltagarna fick innan intervjuerna lämna in ett skriftligt informerat samtycke som innebar att deltagarna fått skriftlig information om studien, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. Informationen gavs skriftligt genom ett informationsbrev (bilaga 3). För att bevara konfidentialiteten kodades intervjumaterialet och förvarades på datorn så att bara författarna kom åt materialet. Texten redovisades så att innehållet i intervjumaterialet inte framställdes felaktigt och så att texten inte kunde härledas till en viss individ. När studien har examinerats kommer intervjumaterialet att förstöras (Henricson, 2012).

Analys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ manifest innehållsanalys, vilket betyder att författarna var textnära och hade låg tolkningsnivå, enligt Graneheim och Lundman (2004). Initialt transkriberades intervjuerna och lästes grundligt av båda författarna individuellt för att få en helhetsbild av datan. Genom innehållsanalysen hittades sammanhang i texten som kunde härledas till syftet, vilket författarna skrev ner till meningsenheter som var en konstellation av påståenden. Därefter utfördes en kondensering vilket var en förkortning på meningsenheten där kärnan i texten kvarstod. Av kondenseringen skapades därefter en kod där tolkningsnivån var låg. En kod kan jämföras med en etikett som stod för innebörden av kondenseringen. Koderna från intervjuerna grupperades efter likheter vilket gav subkategorier som därefter genererade kategorier utefter de likheter och olikheter som fanns i subkategorierna. Analysprocessen genomfördes av båda författarna individuellt och diskuterades sedan sinsemellan, för att säkerställa att ingen viktig del av materialet blev förbisett. De kategorier som framkom genom analysen var; *Att skapa en god relation*, *Att finna stöd för patienten genom dennes omgivning* och *Att vara en god pedagog*. Se Tabell 1 för exempel.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen *Att finna stöd för patienten genom dennes omgivning*.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Sen är det ju det här att man försöker få in familjen att tillsammans	Att få stöd genom att göra en livsstilsförändring med familjen	Socialt stöd	Att engagera familjen	Att finna stöd för patienten genom dennes

<p>göra en livsstilsförändring även om det kanske bara är en person i familjen som behöver göra det, men att de kan få stöd från familjen att man gör något tillsammans. (D.2)</p>				<p>omgivning</p>
--	--	--	--	------------------

RESULTAT

Studien hade till syfte att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av hur de motiverade patienter med diabetes mellitus typ 2 till livsstilsförändringar. Tre kategorier framkom ur analysen. Dessa var; *Att skapa en god relation*, *Att finna stöd för patienten genom dennes omgivning* och *Att vara en god pedagog*.

Att skapa en god relation

Den första kategorin som framkom i analysprocessen var vikten av att skapa en god relation. Under kategorin identifierades två subkategorier som var: *Att vara ärlig* och *Att skapa förtroende*. Genom att deltagarna var ärliga mot sina patienter skapades det i sin tur ett förtroende som var avgörande för patienternas motivation till livsstilsförändringar.

Att vara ärlig

Fler av deltagarna upplevde att deras patienter uppskattade när de talade klarspråk och inte undvek att tala om hur deras värden såg ut. När patienterna fick det förklarat för sig om hur deras framtid såg ut med deras nuvarande livsstil och vilka följsjukdomar de riskerade att få, insåg de sin situation. Det var viktigt att tala om hur deras liv kunde förändras om de gjorde livsstilsförändringar genom bland annat en ökad fysisk aktivitet. Genom att visa hur prover påverkats av förändringarna, eller brist på dessa, var viktigt. Många av patienterna fick då en insikt som var viktig för motivationen till en förändring. En av deltagarna beskrev följande:

“Ibland är jag hård och då talar jag klarspråk om vad som kan hända om fem till tio år, hur vill du leva om fem till tio år och hur vill du må och sånt... Så att de får tänka själva, det är ju deras egna val” (Deltagare 1).

Detta var dock en avvägning som var utmanande för deltagarna, då en del patienter inte var mottagliga för all information för snabbt. Det kunde då bli för mycket vilket gjorde dem rädda istället för motiverade. Rädsla för sin sjukdom kunde fungera både som en motivationsfaktor men även bli ett hinder när rädslan blev för stor, och utvecklades i ett undvikande då informationen blev för svår att ta till sig.

“... en rädsla faktiskt för det, just det här att utveckla en sjukdom tex, som de, då kan man ju bara skjuta det ifrån sig och vill inte, och då blir det ju, att, då känner de ju att, då blir det ju svårt att nå dem också” (Deltagare 2).

En del patienter tog åt sig för mycket av den informationen distriktssköterskan gav, vilket gjorde att de tog åt sig på ett personligt plan. Detta var en viktig men svår avvägning för deltagarna, då ärlighet var en viktig del i deras handledning för sina patienter. För andra patienter var informationen just det som behövdes för att få en insikt och bli mottagliga för det stöd som distriktssköterskan gav.

Att skapa förtroende

För att deltagarna skulle kunna hjälpa sina patienter till livsstilsförändringar var det av vikt att skapa en god relation, en viktig del i det var att skapa ett förtroende. Om inte förtroendet fanns dem emellan blev det svårt för distriktssköterskan att motivera sina patienter. Det var utmanande för deltagarna då de hade de första besöken på sig att skapa förtroende mellan sig själv och patienten. De första besöken var alltid viktigast i den synpunkten även om deltagarna hade möjlighet att göra uppföljande besök med patienterna.

“Sen träffar man ju dom inte så väldigt ofta heller, det är ju det också man har ju liksom den gången på sig och sen ibland tar jag tillbaka dem” (Deltagare 4).

En stor del i att skapa förtroende var att inte ställa för höga krav på sina patienter, utan att skapa en miljö där patienterna kände sig trygga och inte dömda. Många patienter kände att de hade misslyckats när de inte kunde fullfölja den plan som lagts upp tillsammans med distriktssköterskan. Istället för att se detta som ett nederlag, så försökte deltagarna

tillsammans med sina patienter att hitta andra metoder för att patienterna skulle lyckas bättre nästa gång.

“Ja, jag tror i varje fall ganska mycket att man får en bra relation till patienten. För då får dem förtroende för mig och det underlättar tror jag att de tar emot sig budskapet och gör någonting av det” (Deltagare 3).

Genom att skapa en relation där patienten inte blev bedömd för sina brister, var ett viktigt sätt för att öka förtroendet dem emellan, då patienten lättare kunde vara ärlig i samtalet med distriktssköterskan. För att öka motivationen framkom det även att distriktssköterskan var ett viktigt stöd genom att försöka få patienten att själv komma fram till vad som behövde förändras, och att tillsammans komma fram till rimliga målsättningar. Även att ge stöd till enkla förändringar och hitta enkla och roliga lösningar som var anpassade för patienten, var en viktig del i deltagarnas sätt att skapa förtroende och att motivera.

Att finna stöd för patienten genom dennes omgivning

I den andra kategorin framkom två subkategorier; *Att engagera familjen* och *Att engagera patienter tillsammans*. Det uppenbarades att stöd från familj och även andra patienter med DM2 var en stor motivationsfaktor till en livsstilsförändring för deltagarnas patienter. Det var även en stor bidragande faktor för att bibehålla den förändring som initierats.

Att engagera familjen

Det framkom att deltagarna bjöd in familjen och anhöriga till det första eller andra besöket på vårdcentralen. Detta för att göra dem delaktiga och för att de skulle få information och förståelse om sjukdomen. Deltagarna upplevde en förbättring i patientens motivation när familjen involverades, det var lättare att vara fysisk aktiv när den närmaste omgivningen deltog i aktiviteter. En deltagare sade:

“Sen är det ju det här att man försöker få in familjen att tillsammans göra en livsstilsförändring även om det kanske bara är en person i familjen som behöver göra det, men att de kan få stöd från familjen att man gör något tillsammans” (Deltagare 2).

Genom att involvera familjen trots att inte alla familjemedlemmar behövde en livsstilsförändring, fick patienterna att känna sig mer motiverade. När en förändring genomfördes gemensamt med resten av familjemedlemmarna blev det lättare att fullfölja förändringen och göra det som en del i det dagliga livet. Deltagarna såg en klar skillnad

mellan de patienter som inte hade stöd från sina anhöriga, jämfört med de som hade det. Det visade sig vara svårt att bibehålla förändringen när det blev ett hinder för en väl fungerande vardag. En större utmaning var det för de patienter som hade mindre barn, då en förändring i kosten blev svår. Det berodde på att de ofta behövde tillaga olika typer av måltider. När ytterligare tidskrävande moment uppstod blev det ett hinder för bibehållande av förändringen.

Att engagera patienter tillsammans

Deltagarna beskrev vikten av att patienterna fick stöd av andra patienter med DM2. Detta kunde vara i form av gruppundervisning där det visade sig ha god effekt både på deras värden samt på patienternas motivation. Alla patienter var med på grupputbildningen på frivillig basis, innehållet i grupperna utgick från vad patienterna hade för behov, då de fick ge önskemål om innehåll. Utbildningen bestod av träffar som hade olika teman. Distriktssköterskan höll i föreläsningarna kring de ämnen som patienterna hade önskat, och gav information om kost i form av recept på fika anpassat för diabetiker. Det var viktigt att upprätthålla en öppen atmosfär under gruppträffarna och ge tid för reflektion och frågor. Genom att patienterna fick samtala med andra i samma situation kunde de diskutera och ge varandra tips och råd kring vad som fungerat för dem, vilket ökade deras motivation till livsstilsförändringar. Grupputbildningen gav en positiv återkoppling från de patienter som var med, och var en bidragande faktor till förbättrade resultat i prover vid uppföljande kontroller. Samtliga deltagare hade märkt att deras patienter fick ett ökat välmående genom den sociala kontakt och känslan av ett gemensamt sammanhang med andra patienter, vilket i sin tur kunde bidra till en ökad motivation.

“Ja och sen de här grupperna som jag har nu då, då är det ju också det här att det ska stötta varandra och komma med idéer och stötta varandra, såhär har jag gjort och då blev det bra... Delge varandra kunskaper och idéer vad man har gjort” (Deltagare 3)

Att engagera patienterna tillsammans kunde ske genom att initiera gruppundervisning med tillhörande träningstillfällen. Det var dock resurskrävande med gruppundervisning, då de olika verksamheterna hade behov av att planera dessa tillfällen utanför den vanliga verksamheten. De flesta verksamheter hade inte möjlighet att undvara de resurser och den tid som grupperna krävde, trots att deltagarna visste att behovet av gruppundervisning fanns. Det

fanns även en efterfrågan från patienterna om gemensamma träningstillfällen i form av träning på gym eller promenader, för en ökad motivation till fysisk aktivitet.

Att vara en god pedagog

De subkategorier som framkom i analysen av den tredje kategorin var; *Att samarbeta med andra professioner*, *Att ge individanpassad information* och *Pedagogiska metoder*. För att vara en god pedagog för sina patienter framkom det att distriktssköterskan behövde samarbeta med andra professioner för att ge den bästa möjliga vården av deras sjukdom. Det var även viktigt att individanpassa den information som patienten fick och använda olika pedagogiska metoder för att öka deras motivation till livsstilsförändringar.

Att samarbeta med andra professioner

Samarbete med andra professioner ansågs av deltagarna som en viktig del för att motivera patienterna till livsstilsförändringar. Detta kunde vara genom ett samarbete med läkaren som planerade vilken behandling som behövdes i det sjukdomsstadium patienten befann sig i. Distriktssköterskan upplevde att samarbetet fungerade bra då de hade en läkare att rådfråga, när det uppstod frågor eller situationer som distriktssköterskan inte kunde hantera själv. Det var uppskattat att en läkare fanns att tillgå så att problemen kunde lösas direkt, så att patienten inte behövde vänta tills det fanns en konsultationstid. Ett exempel var vid skador som behövde vidare konsultation med andra yrkesgrupper för utredning, för att på så sätt lättare kunna motivera till fysisk aktivitet och vid behov hitta alternativa sätt att röra sig på.

För att utveckla arbetet mot att motivera patienterna till livsstilsförändringar ansåg samtliga deltagare att det behövde utformas ett team där distriktssköterskan samarbetade med olika professioner som tillsammans skötte vården av patienterna. I och med att det var en stor omställning att få DM2, ansågs det viktigt av deltagarna att det fanns ett samarbete med en kurator eller psykolog, så att det fanns möjlighet att erbjuda patienterna en samtalskontakt som kunde ge psykosocialt stöd. Att motivera till livsstilsförändringar beskrevs även som något större som låg utanför distriktssköterskan kompetensområde.

“Ja, kanske ha lite mer sådana här samtalsmottagning och sånt, att ha liksom, för du ska ju ändra en hel livsstil. Så jag kanske inte har de bästa verktygen, jag har ju kunskapen om det här med diabetes och det medicinska, men att programmera om en människa i huvudet att ändra livsstil, det kanske är nåt annat”(Deltagare 3).

Samarbete med andra professioner kunde vara med en dietist då kosten upplevdes som en svår del vid livsstilsförändringar och efterfrågan om kostens betydelse var stor. Flertalet av deltagarna ansåg att ett samarbete med fysioterapeuten var viktigt för att kunna hjälpa patienterna med att öka deras fysiska aktivitet. Det fanns en tro på att fysioterapeuten kunde vara behjälplig inom området fysisk aktivitet för att lägga upp en plan tillsammans med patienten och därmed motivera till ökad fysisk aktivitet. Fötter blev hårt drabbade av sjukdomen och då kunde en fotvårdsspecialist ingå i teamet för att se till att patienten inte fick några komplikationer som kunde ha inverkan på den fysiska aktiviteten, men också välmåendet hos patienten. Slutligen skulle diabetessköterskan ingå i teamet och fungera som en första länk till behandlingen. Då livsstilsförändringar omfattar många områden, kunde teamarbetet kring patienten med samtliga professioner dela erfarenhet och kompetens för att uppfylla patientens behov och höja motivationen.

Att ge individanpassad information

Samtliga deltagare ansåg att det var av stor betydelse att individanpassa den information och de råd som de gav till sina patienter för att lyckas med att motivera till livsstilsförändringar. Varje enskild individ har olika förutsättningar och ofta har patienterna fler sjukdomar som distriktssköterskan behöver ta hänsyn till för att kunna möta patienten och ge information och goda råd som var anpassade därefter. För att optimera vården kring patienten var det även viktigt att utgå från vilka behov och mål patienterna hade och därefter bygga upp en plan tillsammans beroende på vilket stöd som var nödvändigt. Att ge individanpassad information genom motiverande samtalsmetodik upplevdes som en svår metod att regelrätt använda sig av. Det var dock ett tankesätt i samtalet med patienten som flera utnyttjade för att motivera till livsstilsförändringar.

“Man måste individanpassa, det man säger och vad man har för krav på dem. Och sen försöka motivera därifrån. Och sen använder jag ju hela det här diabetes, alltså vad fysisk aktivitet leder till, vilka positiva grejer det leder till om de rör på sig mer.”
(Deltagare 4).

Det var även viktigt att distriktssköterskan såg till hela människan och inte bara till diabetessjukdomen. För att patienten skulle ha möjlighet att ta in informationen kring sjukdomen, var det viktigt att prata om det som patienterna ansåg vara intressant att veta,

annars blev informationen bara ett mantra för distriktssköterskan och inget som patienterna var intresserade att ta del utav.

“...det är ju alltid bra att prata om vad som är intressant för patienterna för annars så blir det ju bara spel för galleriet, då pratar vi bara för oss” (Deltagare 5).

Deltagarna beskrev att när patienterna hade kommit till den nivån att de kunde koppla ihop alla bitar med information kring sjukdomen och kunde se till den egna erfarenheten av hur livsstilsförändringar påverkade sjukdomen, så gav det en känsla av kontroll. Även om det ibland var i negativ tappning, så bidrog känslan med att de själva kunde hantera deras situation en extra kraft och motivation till fortsatta goda vanor och livsstilsförändringar.

För att ge individanpassad information innebar det att deltagarna behövde anpassa hur ofta patienten behövde ha en kontakt med distriktssköterskan för att upprätthålla motivationen till livsstilsförändringar. Ibland behövdes det en tätare kontakt med patienten genom fler besök inbokade eller genom telefonsamtal. Ibland var det bäst att låta det gå tid mellan besöken för att nå fram till patienten som hade låg motivation. Deltagarna beskrev att det var viktigt att gå försiktigt fram och inte försöka tvinga på patienterna informationen om hur stor betydelse en förändring var för dem. Vid tvång gav det snarare motsatt resultat och mindre motivation till förändring. Istället var varje besök en möjlighet till att nå fram till patienten. Det ansågs viktigt av deltagarna att ibland acceptera att vissa patienter inte är mottagliga för förändring.

Att använda sig av pedagogiska metoder

Pedagogiska metoder var vanligt och ett bra hjälpmedel i deltagarnas arbete för att motivera till livsstilsförändringar för sina patienter. En metod deltagarna använde sig av var att visa blodsockrets påverkan med hjälp av kurvor på blodsockervärden över en längre tid, vilket gav patienterna en förståelse för vilken effekt livsstilsförändringar har. Att använda sig av en blodsockerapparat var en annan pedagogisk metod som visade patienterna att vid de dagar som de utövat fysisk aktivitet var deras blodsockervärde bättre. Viktkontroller användes också som mätinstrument i syfte att jämföra resultat över tid. Deltagarna ansåg det viktigt att använda metoder där patienterna själva kunde se resultat av sina handlingar då det påverkade deras motivation till livsstilsförändringar positivt. En annan pedagogisk metod som användes var diabetesregistrets riskmotor för att enklare kunna beskriva för sina patienter vilken risk de hade för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom. När patienterna såg de risker som deras

sjukdom och livsstil hade på framtiden fick de en insikt de inte hade innan, vilket gjorde att deras motivation till att göra en livsstilsförändring ökade.

“Och sen har vi ju hjälpmedel som nationella diabetesregistret så vi har ju där det finns en riskmotor så har man någon så kan man verkligen trycka in alla data och så ser man risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdom inom 5 år” (Deltagare 1).

Modifierat frågeformulär var en annan pedagogisk metod som användes för att fånga upp patienten och direkt kunna kartlägga hur patientens livsstil ser ut idag och vilka förändringar som skulle behövas. Det upplevdes som ett bra diskussionsunderlag och blev grunden för hur samtalet utvecklades under besöket. Det bidrog också till att tiden som var utsatt åt patientbesöket användes till att prata om sådant som var extra viktigt för just den här patienten. Med den utgångspunkten landade samtalet ofta i orsaker till varför orken att utföra en livsstilsförändring inte fanns och tillsammans försöka hitta lösningar på detta.

En annan pedagogisk metod var att använda sig av paralleller genom att beskriva att fysisk aktivitet var precis som läkemedel ämnade för diabetes.

“...som Metformin. Det är ju som läkemedel, så pratar jag ju alltid som att fysisk aktivitet, det är ju läkemedel helt enkelt” (Deltagare 5).

I deltagarnas yrke var det viktigt att anpassa val av pedagogisk metod efter den individ som informationen gavs till. Olika pedagogiska metoder erfordrades för att nå fram till olika människor och genom att använda sig av jämförelser var det lättare för patienterna att förstå vikten av att vara fysiskt aktiv. Deras förståelse av att det var en del i behandlingen av DM2 ökade, vilket då ledde till en ökad motivation till livsstilsförändring.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

I studien framkom att det var viktigt att distriktssköterskan skapade en god relation till patienten, för att kunna motivera till livsstilsförändringar genom att vara ärlig och skapa ett förtroende mellan patient och distriktssköterska. Deltagarna i studien belyste även vikten av att finna stöd i patientens omgivning, att engagera familjen och få stöd och idéer från andra

patienter i samma situation. Det framkom även att distriktssköterskan kunde motivera till livsstilsförändringar genom att vara en god pedagog, med olika pedagogiska metoder kunde patienternas motivation till livsstilsförändringar öka. Sammantaget var det av betydelse att samarbeta med andra professioner och att patienterna fick individanpassad information.

Resultatdiskussion

Diskussionen presenteras utifrån resultatets tre kategorier.

Att skapa en god relation

En viktig aspekt som framkom i resultatet, var betydelsen av att skapa en god relation med patienten. Deltagarna lade stor vikt vid att skapa en god relation med patienten för att motivera till livsstilsförändringar. Tidigare forskning belyser att distriktssköterskan eftersträvar ett stödjande och empatiskt förhållningssätt i syfte att främja beteendeförändringar (Jansink, et. al., 2010; Clark, 2014). Det kan då diskuteras vilka egenskaper som är viktiga att erhålla för att distriktssköterskan ska bygga upp en god relation med patienten. I likhet med Jansink, et. al., (2010) och Clark, (2014) anser författarna att förmågan att sätta sig in i patienten liv och möta patienten där hen befinner sig, är en viktig del. Att kunna bemöta och hantera negativa attityder hos patienten kan bli en utmaning för distriktssköterskan, då tidigare studier påvisar att DM2-patienter har en mer negativ attityd till fysisk aktivitet (Heiss & Petosa, 2014; Korkiakangas, 2011). Detta kan vara viktigt för distriktssköterskan att tänka på i mötet med patienten, så att inte livsstilsåtgärder skall uppfattas som för stora och ohanterliga. Men i resultatet framkom även att det var viktigt att distriktssköterskan var ärlig och talade klarspråk kring hur patientens värden såg ut och vilka följder ett för högt blodsocker kunde få. Studiens resultat belyser vikten av att ge rätt information i rätt tid, vilket var en utmaning för distriktssköterskan då för mycket information istället gjorde patienten mer rädd än motiverad. Detta kan bli ett etiskt dilemma för distriktssköterskan som har viljan att göra gott och kunskapen om vilka konsekvenser ett för högt blodsocker kan få, samtidigt som patientens integritet och autonomi ska bevaras (Socialstyrelsen, 2015a). Författarna anser att etiska dilemman som dessa är en stor del av distriktssköterskans arbete och det är viktigt att göra avvägningar kring varje individuell patient för att skapa förtroende och därigenom en god relation för att den behandlande vården ska ge positiva effekter. I resultatet framgick även vikten av att distriktssköterskan skapade ett

förtroende till patienten för att tillsammans sätta rimliga målsättningar och hitta enkla och roliga lösningar på de åtgärder som erfordras. Deltagarna belyste vikten av att de endast var ett stöd, patienterna hade själva ansvar för att hitta de åtgärder som behövdes för att lyckas med livsstilsförändringarna. Detta arbetssätt överensstämmer med den motiverade samtalstekniken som syftar till att distriktssköterskan ska ha ett öppet förhållningssätt och genom öppna frågeställningar få patienten att själv hitta sin inre motivation till en förändring (Holm Ivarsson, 2013). Van der Heijden, et. al., (2014) belyser att de psykologiska aspekterna visar sig vara viktiga för att patienterna ska tro på sin egen förmåga att utföra de åtgärder som erfordras. Orem (2001) beskriver även betydelsen av att stärka patientens tro på sin egen förmåga. Svårigheten ligger i att behoven är patientens, och för att kunna hjälpa måste hänsyn tas till patientens personlighet och livssituation. Vidare beskriver Orem att professionella tekniska färdigheter behöver kompletteras med sociala och mellanmännsliga färdigheter. För att tillgodose patientens terapeutiska egenvårdskrav, beskriver Orem följande hjälpmetoder: göra något för en annan person, handleda en annan person, ge fysisk eller psykologiskt stöd och skapa en miljö som främjar utveckling. Det kan då diskuteras hur distriktssköterskans roll påverkar patienten. För att vara till hjälp krävs att distriktssköterskan besitter omvårdnadskapacitet vilket beskrivs som ett handlingsmönster uppbyggt av kunskaper, färdigheter och värderingar som utövas för andra människors bästa (Orem, 2001). Studiens resultat påvisar hur viktig distriktssköterskans människosyn och värderingar är för att skapa förtroende och en god relation till patienten vilket bekräftas av (Orem, 2001; Socialstyrelsen, 2015a; Miller & Rollnick, 2013). Med detta i åtanke kan det diskuteras vad som är viktigt att fokusera på vid utbildning och fortbildning för omvårdnad av patienter med DM2. Författarna anser att det vid arbete med människor är viktigt att reflektera kring bemötande och människosyn, då vi alla är olika och har olika fysiska, psykologiska och sociala behov och förutsättningar. Det är lika viktigt att diskutera hur distriktssköterskan bemöter patienten, som att uppdatera den medicinska kunskap och de handlingsplaner som finns i ämnet DM2, för att lyckas med livsstilsförändringar. Detta påstående stärks av tidigare forskning som belyser att distriktssköterskans roll vid livsstilsförändringar upplevs som komplex, och att avläsa människor inte alltid är enkelt. I vissa situationer kan det vara svårt att avgöra vilken framtoning distriktssköterskan ska ha i mötet med patienten för att främja utveckling (Jansink, et. al., 2010; Clark, 2014). Att lära av sin egen erfarenhet och tillsammans med andra

reflektera kring detta regelbundet, menar författarna är avgörande för att utvecklas både som människa och i rollen som distriktssköterska.

Att finna stöd för patienten genom dennes omgivning

I resultatet framkom att stöd var viktigt för att öka motivation till livsstilsförändringar. Genom att sammanföra patienter med DM2, fick de möjlighet att tillsammans skapa en gemenskap där de stöttade varandra. Detta har även påvisats i tidigare studier där gemenskapen medförde att patienterna kände att de tillhörde en större grupp och inte var ensamma med sin sjukdom (Ferrand, et. al., 2008; Van Bysterveldt et. al., 2014). Det har också visat sig att vid brist på stöd i patientens omgivning, från andra patienter eller familjen, leder det oftast till sämre motivation till förändring (Van Bysterveldt et. al., 2014). Gruppundervisning i livsstilsförändringar är kostnadseffektiva för samhället, då det har visat sig ha en bra effekt på patienterna som medverkar vid dessa (Hitchcock Noel, et. al., 2014). I resultatet sågs en förbättring både vad gäller olika värden som blodsocker och vikt, men framförallt hade motivationen till en livsstilsförändring ökat vilket i sin tur har inneburit en mindre belastning på vården. Det visade sig dock att på grund av resursbrist och tidsbrist var det svårt att genomföra gruppundervisning trots att det var önskvärt hos samtliga deltagare. Enligt Socialstyrelsen (2015a) har gruppbaseade utbildningsprogram prioriteringsgrad tre på en tiogradig skala, då det har visat sig ha god effekt på långtidsblodsockret och är mer kostnadseffektiva jämfört med individuella utbildningsprogram avseende patientens livslängd och livskvalite. I resultatet framkom att deltagarna efterlyser gruppundervisning, vilket tyder på att det bör vara en bra undervisningsmetod som gynnar patienterna och kan bidra till att en mer hälsosam livsstil utformas. På sikt bör det leda till en bättre hälsa med färre diabeteskomplikationer. Det kan då diskuteras huruvida gruppundervisning ska prioriteras vid vården av patienter med DM2. Van Bysterveldt et. al. (2014) förespråkar grupper som undervisningsmetod, då patienter med DM2 motiveras av de andra patienterna och av distriktssköterskan som håller i undervisningen. Tidigare studier tyder även på att det är en kostnadseffektiv metod vid livsstilsförändringar (Hitchcock Noel, et. al., 2014). Författarna anser att en förutsättning för att implementera en ny arbetsmetod, är att distriktssköterskan får tid avsatt till detta samt har ett eget engagemang och vilja att genomföra en förändring av verksamheten. Hur gruppundervisning sedan förläggs behöver anpassas efter verksamheten och de förutsättningar som finns.

Stöd via anhöriga var en viktig aspekt för att lyckas med en livsstilsförändring i det vardagliga livet, ansåg deltagarna i studien. Deltagarna uppmuntrade patienterna att ta med sig en anhörig till ett av de första besöken på vårdcentralen, då dessa hade en stor inverkan på patienten. För att en förändring ska kunna genomföras bör de patienterna lever med ha insikt om sjukdomen och vilka åtgärder som behöver utföras för att deras närstående ska må bättre i sin sjukdom. Enligt Ofterud, et. al., (2010) finns det en stor potential till att förbättra vården kring patienten om stödet från familj och anhörig blir bättre. Dessa har en stor inverkan på både bättre kostvanor men även den fysiska aktiviteten. Även Orem (2001) bekräftar anhörigas betydelse i egenvården och beskriver egenvård som en handling människan gör på eget initiativ, för sig själv och för beroende familjemedlemmar. Det kan diskuteras på vilket sätt distriktssköterskan får anhöriga att bli mer involverade i vården av patienten. Miller och Rollnick (2013) personcentrerade metod, MI, bygger på respekt för patientens självbestämmande. Författarna anser att distriktssköterskan måste visa hänsyn till patientens eget önskemål kring att involvera anhöriga. En annan avgörande faktor är att flertalet av äldre patienter lever ensamma, vilket bidrar till att patienten inte upplever att det inte finns någon att involvera i sin sjukdom. Tidigare forskning visar att distriktssköterskan har en central roll i patientens sociala sammanhang, då äldre patienter med DM2 upplevelse är att den fysiska förmågan utgör ett hinder för att vara social. Den begränsande faktorn upplevs dock inte bero på sjukdomen utan andra fysiska förmågor som nedsatt syn, hörsel, rörlighet och munhälsa (Lucas, 2013). I dessa fall är det extra viktigt att distriktssköterskan finns som stöd till patienten för att lyckas genomföra en livsstilsförändring (Holm Ivarsson, 2013). Hos de patienter som har anhöriga är det viktigt att distriktssköterskan utvecklar ett arbetssätt som välkomnar anhöriga i vården av patienten och förklarar att deras stöttning är viktig för att lyckas med att åstadkomma en förändring. Det är av vikt att anhöriga välkomnas i vården, då både patienten och familjen ska klara att hantera den nya livssituationen, både känslomässigt och tankemässigt, för att tillsammans skapa nya handlingsmönster i vardagen, vilket bekräftas av Orem (2001). Det bör då finnas förhoppningar om att gemenskapen ger ett ökat stöd, vilket kan bidra till en ökad motivation till livsstilsförändringar.

Att vara en god pedagog

Resultatet i studien visade att det var viktigt att förklara för patienterna att distriktssköterskan fanns där som stöd i patientens arbete för en livsstilsförändring, men att det är patientens eget ansvar att genomföra de nödvändiga åtgärderna genom egenvård. Det var nödvändigt för distriktssköterskan att använda sig av olika pedagogiska metoder för att öka förståelsen av hur avgörande en livsstilsförändring var, och vilken påverkan förändringen kunde ha på patientens framtid. Genom egna blodsockermätare kunde patienterna dagligen se vilken påverkan deras åtgärder, eller brist på sådana, hade på deras blodsockernivå. Detta i sin tur fungerade som en motivationsfaktor. När de kände att de hade kontroll över sin sjukdom motiverade det dem till bestående förändringar. Enligt Orem (2001) är det viktigt att bedöma om det råder obalans mellan patientens egenvårdskapacitet och terapeutiska egenvårdskrav. Terapeutiska egenvårdskrav beskrivs som konkreta handlingar som ständigt behöver utföras för att tillgodose egenvårdsbehovet hos patienten. Handlingarna är nödvändiga för att främja normal funktion, hälsa och välbefinnande. Med detta i åtanke är det distriktssköterskans arbete att upptäcka de egenvårdsbehov patienten själv inte kan uppfylla. Beroende på situation gör distriktssköterskan sedan en bedömning av vad som kan och bör genomföras för att tillgodose dessa behov. Författarna av studien tror att distriktssköterskornas erfarenhet har stor betydelse i detta arbete, då de innehar den kunskap som behövs. De vet vad som påverkar motivation positivt, då de har sett detta hos tidigare patienter. Holm Ivarsson (2013) belyser även den motiverande samtalsmetoden som ett betydande komplement där distriktssköterskans uppgift främst handlar om att aktivt lyssna på patienten och hitta strategier för att guida mot en förändring där patienten egen drivkraft och motivation ska leda fram till mål och åtgärder. Det kan då diskuteras om hur distriktssköterskan kan utveckla sitt tillvägagångssätt och hitta strategier för att tillgodose de egenvårdsbehov som patienterna har. Genom att diskutera med andra distriktssköterskor med varierande erfarenheter och med andra professioner, finns möjligheten att delge varandra kunskap och erfarenhet, men det ger även möjlighet att reflektera över det egna sättet att vägleda patienten.

Resultatet i studien indikerade på att det var av stor betydelse att informera patienterna om DM2 och hur sjukdomen påverkar kroppen. Distriktssköterskan beskrev också för sina patienter vad en förändring i deras fysiska aktivitet kunde ha för påverkan på deras värden och den positiva effekt det hade på sjukdomen i framtiden. Hitchcock Noel et. al., (2014) belyser

bristen på kunskap hos patienterna och hur det leder till en sämre kvalitet på behandlingen. Det är av betydelse att öka patientens kunskap för att de ska få motivation till förändring. Annan forskning belyser däremot att enbart information om sjukdomen och dess risker för komplikationer inte är avgörande för att patienter ska göra en livsstilsförändring (Heiss & Petosa, 2014). Det kan då diskuteras om vad information har för inverkan på motivationen hos patienter som är i behov av att genomgå en livsstilsförändring. Utifrån resultatet i studien behövde den information som förmedlades vara individanpassad. Författarna anser att distriktssköterskan bör utgå från att alla patienter har olika förutsättningar och mål med sina liv, sin framtid och sin sjukdom. Patienterna äger sina liv och sin sjukdom, och författarna menar därmed att det är viktigt att patienterna får de råd och den information som de kan ta emot och förvalta. Socialstyrelsen (2015a) bekräftar påståendet om att vården måste vara individanpassad och utgå från varje patients enskilda behov och mål. Patienterna måste få den kunskap de behöver för att själva ta beslut om vilka förändringar de är villiga att genomföra. Författarna belyser vikten av att distriktssköterskan etablerar ett etiskt tankesätt där patientens autonomi och självbestämmande står i fokus som en viktig utgångspunkt i arbetet med DM2-patienten, vilket framkom i studiens resultat och bekräftas av Socialstyrelsen (2015a).

Resultatet i studien indikerade att deltagarna försökte att utöva motiverande samtalsteknik i samtalet med patienterna, men att det var svårt att applicera den metoden i praktiken då den kräver en längre erfarenhet och utbildning för att användas korrekt. De försökte dock bevara det tankesättet i samtalet med patienterna, vilket underlättade för att få fram patientens egna tankar vilket var avgörande för egenvården. Holm och Ivarsson (2013) beskriver att en viktig del i MI är att utforska patientens ambivalens, det vill säga patientens osäkerhet och vilja till en förändring, samt vilka fördelar och nackdelar en förändring bär med sig. Det är avgörande att personen har en önskan om förändring, då det är patienten själv som ska hitta motivationen till den. Om patienten pressas till ett beslut hen inte är redo för, eller om distriktssköterskan försöker övertyga patienten, finns risken att patientens motstånd för en förändring istället ökar. Slutligen kan det då diskuteras om inte motiverande samtalsteknik borde ha en betydande del i distriktssköterskans arbete för att motivera till livsstilsförändringar, trots att det saknas evidens för att använda sig av motiverande samtalsteknik hos DM2 patienter (SBU, 2009). Författarna anser att detta är ett område som borde ha större fokus inom

distriktssköterskeutbildningen men även i utövandet, då det är en metod som bygger på övning och erfarenhet.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av hur de motiverar sina patienter med diabetes mellitus typ 2 till livsstilsförändringar. En kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer användes för att ta del av distriktssköterskans upplevelser då deras erfarenheter skulle beskrivas. Deltagarna var av varierande ålder, hade olika lång erfarenhet och alla utom två arbetade på olika vårdcentraler i Dalarna. Intervjumaterialet blev mer varierat när deltagarna hade olika lång erfarenhet vilket ansågs som betydelsefullt. Inklusionskriterier användes för att erhålla relevanta deltagare som hade erfarenhet av det författarna hade avsikt att undersöka. Detta medförde att studiens trovärdighet och tillförlitlighet ökade (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna omfattade cirka 30 minuter vardera. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det inte längden på intervjuerna som är det väsentliga utan vilken relevans och kvalitet intervjun innefattar. Författarna anser att intervjuerna hade god kvalitet då deltagarna gav uttömmande svar på frågorna. Tillägsfrågorna som komplement till huvudfrågorna i intervjuguiden var till stor betydelse då dessa användes vid de svar som inte var tillräckligt detaljrika. Intervjuerna transkriberades och lästes igenom av båda författarna flertalet gånger för att säkerställa att ingen meningsenhet gick förlorad. Studiens trovärdighet stärktes genom att båda författarna tog ut meningsenheter och kondenserade dessa för att gemensamt skapa koder, subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Genom detta tillvägagångssätt minimeras risken att viktig information försummas. Vid de tillfällen där författarna hade skilda åsikter diskuterades dessa tills båda var överens.

Intervjuguiden sammanställdes utifrån studiens syfte. Öppna frågor ställdes i kombination med följdfrågor vilket gjorde att deltagarna öppet beskrev sina erfarenheter kring ämnet. Resultatet blev därmed rikt på information. Vissa av frågorna i intervjuguiden tolkades dock olika av deltagarna vilket ledde till svar som inte var ämnade av författarna. Detta blev en utmaning under intervjuerna då andra följdfrågor än de som var planerade behövde ställas för att författarnas mening med frågan skulle klarna. Intervjuerna utfördes på deltagarnas arbetsplatser. Det för att underlätta för deltagarna men även för att det enligt Polit och Beck

(2012) skapar en trygg och bekväm miljö vilket i sin tur kan ge bättre material. Deltagarantalet var endast 5 stycken vilket kan tyckas vara något för få då flera variationer kanske hade framkommit med fler deltagare. Dock var intervjuerna rika och ansågs därför hålla god kvalitet för resultatet. Förfrågan om deltagande sändes till vårdcentraler i hela Dalarna men intresset för att delta var inte stort vilket resulterade i ett mindre antal deltagare än författarna önskat. Det krävs därmed fler studier med lika resultat för att studiens slutsats ska kunna överföras och implementeras till verksamheter (Polit & Beck, 2012). Det var även en svaghet att varje intervju genomfördes separat mellan författarna vilket medförde att relevanta följdfrågor eventuellt inte ställdes. Författarna har inga tidigare erfarenheter av att jobba specifikt med patienter med DM2 och livsstilsförändringar, men har jobbat flera år inom sjukvården och har under utbildning till distriktssköterska läst kurser inom folkhälsovård, vilket är en svaghet då det finns risk för att författarna tolkat intervjumaterialet utifrån egna livserfarenheter och därmed påverkat resultatet. Det var även första studien som baserades på intervjuer för båda författarna vilket i sin tur kan ha påverkat att relevanta följdfrågor inte ställdes. Vid början av studien var syftet att ta reda på hur distriktssköterskan motiverade sina patienter med DM2 till ökad fysisk aktivitet. Under analysen framkom dock att deltagarnas svar till stor del bestod av hur de motiverade till livsstilsförändringar. Detta kan ses som en svaghet då intervjufrågorna inte blivit tillräckligt riktade under intervjun och svaret på studiens syfte. Det kan ha bidragit till att svaren kunnat vara ännu mer utförliga om begreppet livsstilsförändringar använts på ett mer tydligt sätt under intervjuprocessen. Under perioden där datainsamling genomfördes hade författarnas kunskaper ökats och utvecklats vilket gjorde att kvaliteten på intervjumaterialet blev bättre med tiden. Genom en utförligt beskriven metod kan läsaren bedöma möjligheten till överförbarhet. (Graneheim & Lundman, 2004)

Slutsats

För att distriktssköterskan ska kunna motivera sina patienter till livsstilsförändringar måste informationen de ger vara individanpassad, det är viktigt att distriktssköterskan tar hänsyn till hela patientens livssituation och möter varje patient utifrån de förutsättningar de besitter. För att nå fram till patienten använder sig distriktssköterskan av olika pedagogiska metoder för att lyckas med att motivera till livsstilsförändringar. En viktig förutsättning för att lyckas med ett förändringsarbete är att distriktssköterskan skapar en god relation med sina patienter genom att etablera ett förtroende.

Studiens kliniska betydelse

Genom denna studie har författarna en förhoppning om att den erfarenhet från distriktssköterskan som framkommer i studiens resultat kan vara av betydelse för framtida arbete där hälsosammare levnadsvanor är av betydelse för en hållbar utveckling. Slutligen hoppas författarna att studiens resultat på lång sikt kan bidra till livsstilsförändringar för patienter med DM2.

Förslag till vidare forskning

Diabetes är en folksjukdom som fortsätter att öka över hela världen. En stor del av behandlingen är livsstilsförändringar genom egenvårdsåtgärder. Det behövs därför forskning kring vad som motiverar dessa patienter till bättre kostvanor, ökad fysisk aktivitet och rökstopp. Det är många olika aspekter som väger in vid en livsstilsförändring vilket genererar ett behov från olika professioner. Det råder brist på resurser och tid från verksamheter till att utveckla samordnade team där olika professioner ingår för att hjälpa patienter i de olika delarna av behandlingen. Således erfordras ytterligare forskning av teamarbetets påverkan på patienter med DM2 och deras motivation till livsstilsförändring.

REFERENSER

Clark, J. (2014). Lifestyle recommendations for people at increased risk of type 2 diabetes. *Nurse Prescribing*, 12(3), 143-146.

De Greef, K., Deforche, B., Tudor-Locke, C & De Bourdeaudhuij, I. (2011). Increasing Physical Activity in Belgian Type 2 Diabetes Patients: a Three-Arm Randomized Controlled Trial. *International Society of Behavioral Medicine*, 18:188–198. doi: 10.1007/s12529-010-9124-7.

Deshpande, D, A., Dodson, A, E., Gorman, I. & Brownson, C, R. (2008). Physical activity and diabetes: opportunities for prevention through policy. *Physical therapy*, 88(11) 1425-1435.

Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. (3., [omarb. och uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ferrand, C., Perrin, C. & Nasarre, S. (2008). Motives for regular physical activity in women and men: a qualitative study in French adults with type 2 diabetes, belonging to a patient's association. *Health and social care in the community*, 16(5), 511-520. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00773.x

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graue, M., Dunning, T., Fjelde Hausken, M. & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31, 241–247. doi: 10.3109/02813432.2013.854445.

Heiss, V. & Petosa, R. (2014). Correlates of physical activity among adults with type 2 diabetes: a systematic literature review. *American journal of health education*, 45, 278-287. doi: 10.1080/19325037.2014.933139

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Hitchcock Noel, P., Lozano Romero, R., Robertson, M. & L Parchman, M. (2014). Key activities used by community based primary care practices to improve the quality of diabetes care in response to practice facilitation. *Quality in Primary Care*, 22, 211-19.

Holm Ivarsson, B. (2013). Motiverande samtal, MI. I B. Fossum (Red), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s. 223-253). Lund: Studentlitteratur.

Isaksson, U., Hajdarevic, S., Abramsson, M., Stenvall, J. & Hörnsten, Å. (2014). Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 521–527. doi: 10.1111/scs.12185

Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Glyn Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. [Broschyr] *BMC Family Practice*

Korkiakangas, E., Alahuhta, A, M., Husman, M, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, M, A. & Laitnen, H, J. (2011a). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes- a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 62-69. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x

Korkiakangas, E., Taanila, M, A. & Keinänen- Kiukaanniemi, S. (2011b). Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Health and Social Care in the Community*, 19(1), 15–22. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00942.x

Lucas, S. (2013). The missing link: district nurses as social connection for older people with type 2 diabetes mellitus. *British Journal of Community Nursing*, 18(8), 388-397.

Läkemedelsverket. (2010). *Läkemedelsbehandling av typ 2-diabetes*. Hämtad 7 december, 2016 från

<https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Diabetes-typ-2/>

Magson-Roberts, S. (2007). The role of the district nurse in diabetes management. *Journal of Community Nursing*, 21(3), 10-16

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring. (3., rev. och utök. utg. [dvs 4 svenska utg.]). Stockholm: Natur & kultur.*

Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2010). Social support as a motivator of self-management among adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 3, 12–22. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x

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

Plotnikoff, C, R., Trinh, L., Courneya, S, K., Karunamuni, N. & Sigal, J, R. (2011). Predictors of physical activity in adults with type 2 diabetes. *American Journal of Health Behavior* 35(3):359-370.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

R. Fowles, J., Shields, C., Barron, B., McQuaid, S. & Dunbar, P. (2014). Implementation of Resources to Support Patient Physical Activity Through Diabetes Centres in Atlantic Canada: The Effectiveness of Toolkit-Based Physical Activity Counselling. *Canadian Journal of Diabetes*. 38, 415-422.

SBU. (2009). *Patientutbildning vid diabetes: en systematisk litteraturöversikt*. [Broschyr]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Från

http://www.sbu.se/contentassets/cea67d2c011443a4a914556566fb08d0/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes- en vägledning till hälso- och sjukvården*. [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18471/2011-11-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2015a). *Nationella riktlinjer för diabetesvård: stöd för styrning och ledning*. [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19689/2015-2-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2015b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning*. [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>

Van Bysterveldt, E., Davey, S., Douglas, N., Liu, R., Robertson, L., Conroy, J., Higgs, C. & Hale, L. (2014). A group exercise programme for people at risk from type 2 diabetes run as a physiotherapy student clinical placement is beneficial: a qualitative study. *New Zealand journal of physiotherapy* 42(2), 81-88.

Van der Heijden, M. M. P., Pouwer, F. & Pop, V. J. M. (2014). Psychometric properties of the exercise self-efficacy scale in Dutch primary care patients with type 2 diabetes mellitus. *International Society of Behavioral Medicine* 21, 394–401. doi: 10.1007/s12529-013-9308-z

Yang, X-J., Zou, S-F., Xu, Y., Li, Y. & Yang, S-S. (2016). The influence of intensive lifestyle intervention on patients with isolated impaired fasting glucose: a meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 72(11), 2587-2597. doi: 10.1111/jan.13015

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrund

- Ålder? Kön?
- Kan du berätta om din bakgrund inom vården?
- Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?
- Hur länge har du arbetat med gruppträning för patienterna?
- Har du eller har haft DM2 som ansvarsområde?
- Har du någon pedagogisk utbildning?

Huvudfrågor

1. Beskriv hur du arbetar för att motivera dina patienter till livsstilsförändringar?
2. Beskriv din erfarenhet av vad som är viktigt i distriktssköterskans arbete för att kunna motivera patienterna till livsstilsförändringar och ökad fysisk aktivitet?
3. Beskriv hur du samverkar med andra professioner för att stödja dina patienter till livsstilsförändringar.
4. Beskriv om/hur du involverar det sociala stödet i ditt arbete för att motivera till livsstilsförändringar?
5. Beskriv hur du upplever patienternas motivation till livsstilsförändringar
6. Beskriv hur du upplever att patienternas motivation till egenvård har förändrats/påverkats av det professionella och sociala stödet?
7. Beskriv din erfarenhet av vilket arbete som har haft störst betydelse i syfte att motivera till livsstilsförändringar
8. Vilka svårigheter stöter du på i ditt arbete med att motivera dina patienter till livsstilsförändringar och fysisk aktivitet? Hur bemästrar/hanterar du dem?
9. Vad tror du skulle behöva utvecklas i ditt arbete/eller vilken slags förändring i din verksamhet skulle behövas för att vara ett bättre stöd vid livsstilsförändringar för dina patienter?

Uppföljande frågor

- Har du något mer att tillägga?
- Kan du berätta och förklara mer?
- Vad innebär det?
- På vilket sätt har det haft betydelse?
- Kan du ge ett exempel?

Bilaga 2

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Projekttitel: Distriktssköterskans erfarenhet av att motivera patienter med diabetes typ 2 till livsstilsförändringar.

Studenter: Matilda Andersson & Sara Waern

Handledare: Marika Marusarz

J	Tveksamt	Nej		
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen (PuL), uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening			X
7	Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelser som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?			X



HÖGSKOLAN
DALARNA

Bilaga 3

Information om studie inom stödjande insatser hos patienter med typ 2 diabetes

Hej!

Du tillfrågas härmed om deltagande i vår studie som handlar om distriktssköterskans erfarenhet av patienter med diabetes mellitus typ 2 och hur professionellt och socialt stöd kan påverka patienternas motivation till ökad fysisk aktivitet och förbättrad livskvalitet. I studier har det framkommit att egenvården hos personer med diabetes kan upplevas som en stor utmaning, framförallt hantering av kost och motion där motivationen har en stor betydelse för förändring.

Det vi söker är 5-10 distriktssköterskor som har arbetat som distriktssköterska i över ett år och har erfarenhet av arbete med patienter med diabetes typ 2. Det som vi behöver utav dig är en inbokad tid för intervju i 30-40 minuter där vi kommer ställa frågor för att reda på din erfarenhet av hur du motiverar dina patienter.

Intervjun kommer att spelas in så materialet kan granskas efteråt. Din identitet kommer behandlas konfidentiellt och det kommer inte gå att identifiera dig genom uppsatsens resultat. Den färdiga uppsatsen kommer sedan skickas till dig så att du får ta del av det resultat vi kommit fram till. Det inspelade materialet kommer endast att granskas av författarna samt handledare av studien och materialet kommer att makuleras när studien är färdig.

Ditt deltagande är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Vi är två studenter som studerar till distriktssköterska och vår undersökning kommer att presenteras i form av en uppsats vid Högskolan Dalarna.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga. Informerat samtycke skickas in av dig via antingen mejl eller brev.

Falun/2016-09-21

Matilda Andersson (leg ssk, student)

Sara Waern (leg ssk, student)

070-390 98 27

073-683 00 25

E-post: h15matia@du.se

E-post: h15sarwa@du.se

Handledare: Lena Marmstål Hammar

E-post: lma@du.se



HÖGSKOLAN
DALARNA

Bilaga 4

Informerat samtycke till studien ”Distriktssköterskans erfarenheter av fysisk aktivitet i grupp hos patienter med diabetes typ 2”

Jag har tagit del av den skriftliga informationen om studiens syfte och jag samtycker till att delta i studien. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och när som helst kan avbrytas.

Datum:.....

Underskrift:.....

Namnförtydligande.....

Skickas till:

Matilda Andersson

E:post: h15matia@du.se

Herrhagsvägen 21C

Bilaga 5

Författardeklaration

Uppsattitel: Distriktssköterskans erfarenhet av att motivera patienter med diabetes mellitus

typ 2 till livsstilsförändringar.

Samtliga författare till uppsatsen bekräftar att hon/han har bidragit konkret i förberedelsearbete och utformning av uppsatsen.

Påskrift av varje författare krävs för vart och ett av nedanstående moment.

Deklaration av medverkan i individuella moment i examensarbetet.	Namnteckning
1. Bidragit till formulering av forskningsproblem, syfte och frågeställningar.	Mahilda Andersson Sara Wen
2. Bidragit till planering och genomförande av metod så att forskningsfrågan kan besvaras.	Mahilda Andersson Sara Wen
3. Medverkat i materialinsamling och analys.	Mahilda Andersson Sara Wen
4. Bidragit till presentation, tolkning och diskussion av resultatet.	Mahilda Andersson Sara Wen