



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Hälsa och samhälle

Examensarbete i vårdvetenskap inriktning omvårdnad

Grundnivå II, 15 högskolepoäng

Ht 2010

# Icke-följsamhet vid diabetes mellitus, en litteraturstudie

**Författare**

Malin Candell  
Magnus Weland

**Handledare**

Mats Ewertzon

**Examinator**

Jan Florin



HÖGSKOLAN  
DALARNA

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN  
DALARNA

School of Health and Social Sciences

Essay course – Nursing

Undergraduate level II, 15 ECTS - credits

Autum 2010

# **Non-compliance at diabetes mellitus, a literature review**

**Authors**

Malin Candell  
Magnus Weland

**Supervisor**

Mats Ewertzon

***Examiner***

Jan Florin



HÖGSKOLAN  
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna

Examensarbete

Nr 200x:xx

## **SAMMANFATTNING**

Syftet med föreliggande studie var att beskriva vad personer med diabetes anser inverka på deras möjlighet och vilja att följa egenvårdsråd (patientperspektivet) och att beskriva omvårdnad som stöder följsamhet (sjukvårdsperspektivet). Studien har genomförts som en litteraturstudie. Det visade sig att alla krav för att hålla sjukdomen under kontroll innebär livsstilsförändringar, som kan vara så utmanande för patienten, att han kanske inte kan eller vill vidta dessa. Bristande kunskap om sjukdomen och om dess egenvårdskrav kan göra honom dåligt emotionellt anpassad till denna, det vill säga han har inte accepterat att han har sjukdomen och han vill inte låta dess egenvårdskrav inkräkta på det sociala livet. Detta ger honom försämrade möjligheter att hantera sjukdomen på ett bra sätt. Barriärer av olika slag kan uppstå mellan patient och vårdgivare. Det kan röra sig om en upplevd brist på information och stöd när diabetes diagnosticerats eller en känsla av att vara utsatt för läkarens eller sjuksköterskans stereotypa föreställningar och/eller att bli paternalistiskt behandlad. Till barriärer räknas även klinisk misskötsel, det vill säga att läkare/sjuksköterska inte följer vedertagna riktlinjer för behandling.

Vad som kan inverka positivt på följsamheten är patientens stöd av anhöriga eller andra i det sociala nätverket. Omvårdnad som stöder följsamhet visade sig vara patientundervisning, främst om den inriktades på att öka patientens självständighet genom att låta undervisningen pågå under en längre tid, så att patienten hinner integrera sin nya kunskap med det dagliga livet. Med eller utan patientundervisning tar det tid att bygga upp ett socialt stöd och ett förtroende mellan patient och vårdare.

Nyckelord:

adherence, barrier\*, diabetes, non-compliance, empowerment, patient education, patient-empowerment, patient-provider-communication, self-efficacy, shared care, social support, social network

# Innehåll

<b>INLEDNING</b>	1
<b>Introduktion</b>	1
Sjukdomen diabetes	2
Egenvård	2
Brist på följsamhet, dess orsaker och konsekvenser	3
<b>Problemformulering</b>	4
<b>Syfte</b>	4
<b>Frågeställning</b>	4
<b>Begrepp</b>	4
<b>METOD</b>	5
<b>Design</b>	5
Urval av litteratur samt sökord	5
Tillvägagångssätt	5
<b>Analys</b>	6
Forskningsetiska överväganden	6
<b>RESULTAT</b>	7
<b>Faktorer som kan inverka på patientens följsamhet</b>	7
Sjukdomen och dess egenvård	7
Attityder och kommunikation	8
<b>Omvårdnad som stödjer följsamheten</b>	9
Patientutbildning	9
Uppbyggande av förtroende mellan patient och vårdare	11
Socialt stöd	12
<b>DISKUSSION</b>	14
<b>Sammanfattning av huvudresultaten</b>	14
<b>Resultatdiskussion</b>	15
<b>Metoddiskussion</b>	16
<b>Förslag till vidare forskning</b>	17
<b>Slutsats</b>	17
<b>Projektets kliniska betydelse</b>	18
<b>REFERENSER</b>	19
<b>BILAGOR</b>	21

## **INLEDNING**

Ett av de största problemen i diabetesvården i dag är att patienter inte följer de råd de får av läkare och sjuksköterskor till exempel beträffande livsstilsförändringar som kost och motion. En god följsamhet är vad som är nödvändigt för att få människor med diabetes att få bättre hälsa och slippa följsjukdomar. Framför allt ett bra förhållande till läkare och sjuksköterskor och förtroende för dem och deras kunskap en förutsättning för att patienten ska visa följsamhet (Socialstyrelsen [SoS] 2009). Ett förhållningssätt där vårdpersonal på motsvarande sätt bemyndigar patienten beskrivs av SBU (2009):

Under 1990-talet introducerades ... ett förhållningssätt i utbildning vid diabetes, ”empowerment”. Detta förhållningssätt används inom diabetesvården idag och innebär att mötet mellan patient och vårdare är ett möte mellan två experter. Vårdaren är expert på diabetessjukdomen, medan patienten är expert på att leva med diabetes.

## **Introduktion**

### **Sjukdomen diabetes**

Diabetes mellitus innebär kroniskt högt blodsocker i kombination med en varierande grad av nedsatt insulinkänslighet i vävnader (Andersson, Jeppsson, Lindholm, Rydholm och Ulander 2004). Enligt Grefberg och Johansson (2007) kan orsaken till det förhöjda blodsockret vara att de insulinproducerande betacellerna i bukspottskörtelns langerhanska öar gradvis förstörts. Detta leder till insulinbrist. Denna typ av diabetes kallas typ 1. En annan typ av diabetes kallas typ 2 och innebär att vävnaderna inte kan ta upp glukos trots förekomst av insulin. Insulinproduktionen blir med tiden alltmer nedsatt. Typ 2-diabetes kallas också insulinresistens och enligt Andersson et al. (2004) är typ 2-diabetes den vanligaste diabetesformen med cirka 80 % av all diabetes i världen och det är dessutom den grupp som ökar mest och debuterar i allt lägre åldrar och den kan därför inte längre kallas åldersdiabetes. Riskfaktorer för att utveckla typ 2-diabetes är övervikt, inaktivitet, rökning och felaktig kost, framförallt kost som är fattig på fibrer men rik på fett och snabba kolhydrater.

Behandlingen av typ 1-diabetes är insulininjektioner. Behandlingen av typ 2-diabetes syftar till att öka insulinkänsligheten, i första hand med livsstilsförändringar, framför allt motion och diet. Räcker inte detta kan perorala mediciner med syfte att öka insulinkänsligheten eller att öka insulinfrisättningen, sättas in. Behandlingen kan komma att behöva kompletteras med insulin (SBU 2009).

År 2005 uppskattades det att det årligen dog 1,1 miljoner människor i världen till följd av diabetes och dödsantalet beräknas öka med mer än 50 % under de kommande tio åren (Världshälsoorganisationen [WHO], 2008). Enligt Chan et al. (2001) sker ökningen av diabetes framför allt i västvärlden och i de delar av Asien som börjar ta efter västvärlden i ekonomiskt hänseende, till exempel Hong Kong och storstadsregioner i Kina. Enligt Grefberg och Johansson (2007) är sjukdomen stadd i våldsamt ökning och i Europa ligger Sverige och Finland främst.

## Egenvård

Dorothea Orem definierar, enligt Kirkevold (2000 s. 149-150), begreppet egenvård (eng. self-care) som ”utförande av sådana aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande”. Vidare sägs aktiviteten vara frivillig, medveten och målinriktad. Även Klang Söderkvist (2008) s. 94 citerar Orem's definition av egenvård: ”det vuxna friska personer utan andras inblandning gör för att sköta sin hälsa och klara av sina personliga behov i den miljö där de lever sitt dagliga liv”. Orem's betoning av individens eget initiativ modifieras av Kjellström (2005), refererad i Klang Söderkvist (2008 s.94): Sjukvården ser egenvården som sin ”förlängda arm” och kan instruera patienten i hur han själv ska till exempel kontrollera sitt blodsocker.

När det gäller egenvård vid diabetes viktigt att kunna tolka resultaten av blodsockertester och att med dessa som grund rätt avpassa förhållandet mellan insulin och/eller tabletter, mat och motion, samt att lösa akuta problem, till exempel lågt eller högt blodsocker (Andersson et al. 2004, Hallborg & Almås 2006). Enligt Andersson et al. (2004) behövs för detta ändamål patientutbildning med undervisning om kost, motion och läkemedel. Kostrådgivning ska ge patienterna förståelse för hur födan påverkar blodsockerbalansen. Motion ökar glukosintaget och minskar insulinbehovet. För Typ 2-diabetiker kan fysisk aktivitet öka musklernas glukosupptag så effektivt att detta i kombination med kostreglering kan resultera i fullt tillfredställande glukosbalans. tablettbehandling sätts in enbart när kostbehandling inte längre är tillräcklig eller om patienten har stora problem med att efterleva kostråden. SBU (2009) sammanfattar:

Målet med egenvård vid diabetes är att patienten ska må bra trots sin sjukdom och att förhindra eller senarelägga komplikationer av sjukdomen. Egenvård är de aktiviteter som patienten måste vidta dagligen för att ta kontroll över sin diabetes i olika livssituationer. Patien-

ten måste balansera kost, motion och diabetesläkemedel för att uppnå en optimal blodglukosnivå. Såväl höga som låga blodglukos måste pareras för att undvika följsjukdomar till diabetes. En förutsättning för att lyckas med detta är att patienten har god kunskap så att hon/han kan fatta ändamålsenliga beslut i sin egenvård. Patientutbildning är därför en förutsättning för välfungerande egenvård.

### Brist på följsamhet, dess orsaker och konsekvenser

Bristande följsamhet (eng. non-compliance, non-adherence) innebär att en patient inte följer (egenvårds-)råd och ordinationer från vården. Termen är inte oproblematiserad, eftersom den utgår från sjukvårdens syn på terapin utan att ta hänsyn till patientens föreställningar om sin sjukdom och ”innebär en kliniskt omotiverad skillnad mellan personer som tar sina läkemedel och de som väljer att avvika från ordinationen” (Fossum 2007 s. 337).

I en studie av Knecht et al. (2000) framkom att det saknas specialutbildade diabetessjuksköterskor och att andra sjuksköterskor har för liten kunskap för att kunna motivera patienten trots att det visat sig att förbättrad information och utbildning av såväl sjukvårdspersonal som patienter leder till bättre följsamhet. Det kan också vara så att patienten saknar ett kontaktnät av anhöriga och vänner som skulle kunna vara ett stöd under den första och svåra tiden när sjukdomen blivit diagnosticerad. Rätsep, Oja, Kalda & Lember (2007) kom fram till samma sak och att det även kan vara fråga om brist på patientundervisningsmaterial. Hjelm & Berterö (2009) fann dock att en patient, trots en stor mängd information, upplever en brist på stöd från både läkare och annan vårdpersonal i samband med att sjukdomen diagnosticerades. Denna upplevda eller verkliga brist gör att han inte klarar av sin egenvård. Chan et al. (2001) fann att den sociala klassen har betydelse och att personer i högre sociala klasser har lättare än andra att anpassa sig och att bryta vanor och ändra livsstil.

En konsekvens av att inte följa råd och ordinationer kan bli att kostbehandling av typ-2 diabetes inte är tillräcklig, utan måste kompletteras med tablettbehandling (Andersson et al. 2004). Senkomplikationer är till exempel förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Nagelkerk, Reick & Meens 2006). Akuta komplikationer av diabetes är hypoglykemi med risk för insulinkoma; hyperglykemiskt hyperosmolärt syndrom och ketoacidosis. Dessa tillstånd är potentiellt dödliga (Grefberg & Johansson 2007).

## **Problemformulering**

Diabetes är en sjukdom som ställer höga och livslånga krav på patienten vad gäller egenvård/följsamhet till egenvårdsråd (Amoako et al. 2008, Knecht et al. 2000, Matthews et al. 2009). Bristande egenvård kan leda till onödiga komplikationer i form av bristande metabol kontroll, hypertoni, lipidrubbingar följda av ateroskleros, makroangiopati och ”diabetesfot” (Grefberg & Johansson 2007).

Forskningen har visat att i en studie av Hjelm och Berterö (2009) uppgav vissa informanter att de hade upplevt bristande stöd, i kontakten med läkare och med primärvården, särskilt när de fick diagnosen. Detta gör det angeläget att från vårdens sida finna metoder att öka kunskapen om vad som, från patientens perspektiv, är orsaker till bristande följsamhet. Med denna kunskap kan omvårdnad som stöder ökad följsamhet utvecklas. Detta är angeläget i synnerhet som diabetes ökar i västvärlden och de delar av världen som tar efter västerlandet i ekonomiskt hänseende, varför den kommer att bli ett allt större folkhälsoproblem (Chan et al. 2001).

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva vad som kan utgöra hinder för att följa egenvårdsråd vid diabetes och att beskriva vad som kan stödja följsamhet.

## **Frågeställning**

Vad anges i forskningen utgör hinder för att följa egenvårdsråd vid diabetes?

Vilken omvårdnad stödjer följsamhet till ordinationer vid diabetes?

## **Begrepp**

Icke-följsamhet, eng. non-compliance, non-concordance, non-adherence, non-persistence är ord som används om situationen när patienter, deras anhöriga inte följer de råd och anvisningar de fått. Det kan också handla om läkare och annan hälsovårdspersonal som inte följer riktlinjer och rekommendationer. Patientmakt, egenmakt, bemyndigande (eng. patient-empowerment, self-empowerment) innebär ett förhållningssätt i patientmötet och en process där patienten i samverkan med den professionella vården får makt och status att vara med och bestämma om sin behandling och vård (Klang Söderkvist 2008). Ordet ”vårdare” (eng. ”care-giver”) användes om såväl läkare som sjuksköterskor.

Vad gäller begreppet omvårdnad ansluter sig uppsatsförfattarna till Dorothea Orems definition, beskriven i Jahren Kristoffersen, Nortvedt och Skaug (2006) som en hjälpinsats som



syftar till att tillgodose patientens egenvårdsbehov. Detta kan ske i större eller mindre utsträckning, från ett fullständigt kompenserande system till et stödjande och undervisande system. Det är det sistnämnda som är aktuellt i uppsatsen.

## **Metod**

### **Design**

Studien genomfördes som en litteraturstudie.

### **Urval av litteratur samt sökord**

Sökverket ELIN@du.se samt databasen Cinahl genomsöktes med hjälp av booleska operatorer. Sökorden som användes var:

adherence, barrier\*, diabetes, empowerment, non-compliance, patient education, patient-empowerment, patient-provider-communication, self-efficacy, shared care, social support, social network.

Dessa sökord användes i olika kombinationer, se tabell 1. Vidare har författarna använt artiklarnas referenslistor för att få förslag till ytterligare litteratur. Då användes titlar och/eller författarnamn som sökord.

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska, vara peer-reviewed samt att vara publicerade mellan år 2000 och 2010. Vidare skulle de vara tillgängliga i fulltext utan avgift och ha minst medelhög kvalitet i kvalitetsgranskningen. Exklusionskriterier var att artikeln handlade (enbart) om förpubertala barn, personer med kognitiva störningar eller personer som på annat sätt hade nedsatt autonomi. Artiklar som rörde andra typer av diabetes än diabetes mellitus typ 1 och 2, till exempel graviditetsdiabetes, sorterades också bort, liksom artiklar som huvudsakligen var medicinskt och tekniskt inriktade.

### **Tillvägagångssätt**

Författarna hade under arbetet med uppsatsen kontakt via e-post och telefon samt träffats regelbundet för att komma överens om nästa steg i arbetet, till exempel vilka nya artiklar som skulle eftersökas och läsas. Artiklarna har delats upp mellan författarna så att de först har granskat dem var för sig för att bedöma deras kvalitet och relevans. Till hjälp för detta har en granskningsmall (bilaga 1 och 2) och en tabellformad artikelöversikt (bilaga 4) använts. Pro-

cessen gick till så, att en av författarna fick fram ett antal artiklar i en databas. Om antalet artiklar var ohanterbart, tillades ytterligare en begränsning med den booleska operatoren ”and”. När ett hanterbart antal artiklar sållats fram, läste författaren listan med titlar. Verkade en titel relevant lästes ”abstract” och om detta verkade relevant lästes hela artikeln. Om artikeln fortfarande verkade relevant skrev författaren ett kort referat av den eller använde den i uppsatsen. Därefter skickades den till den andra författaren tillsammans med referatet eller meddelande om hur och var den använts i uppsatsen. Den andra författaren läste artikeln och referat eller ny version av uppsatsen för att säkerställa att förståelsen av artikeln inte skilde sig åt i något väsentligt avseende. Var författarna oense om väsentliga delar av innehållet läste båda författarna om artikeln och diskuterade den igen. Artiklarna har slutligen sammanställts i resultatet, vilket sedan lästs av båda författarna, som sedan diskuterat detta och eventuellt gjort korrigeringar.

## **Analys**

De artiklar som ansågs relevanta för studien granskades och poängsattes efter granskningsmallar som är modifierade utifrån Forsberg och Wengström (2008) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Granskningsmallarna bygger på ja- och nejfrågor, 29 för kvantitativa studier och 25 för kvalitativa studier. Varje med ”ja” besvarad fråga gav en poäng. Medelgod kvalitet för kvantitativa studier var 17-22 poäng, däröver hög kvalitet. Medelgod kvalitet för kvalitativa studier var 16-19 poäng, däröver hög kvalitet (bilaga 1 & 2). Endast artiklar som bedömts ha ”medelgod” eller ”hög” kvalitet har tillåtits ingå i studien. Artiklarnas innehåll analyserades utifrån studiens frågeställningar och kategoriserades sedan utifrån det innehåll som framkom i artiklarna. Nya kategorier formulerades allt eftersom fler artiklar lästes och befanns ha tillräckligt hög kvalitet och relevans. Nya artiklar togs fram med hjälp av de ursprungliga artiklarnas referenslistor och gick igenom på motsvarande sätt.

## **Forskningsetiska överväganden**

Författarna har strävat efter att hålla sig objektiva vid såväl läsning som granskning av artiklarna samt att återge deras resultat sanningsenligt.

## Resultat

Resultatdelen inkluderade tio artiklar från följande länder: Estland, Finland, Nederländerna, Storbritannien, Sverige och USA, Artiklarna var publicerade mellan år 2000 och 2010. fem artiklar var kvantitativa, tre var kvalitativa och två var av mixed-method. Åtta var av hög kvalitet, två av medelhög kvalitet (bilaga 4).

Nedan följer en kategoriserad presentation av faktorer som personer i de olika studierna upplevde inverka på följsamheten till ordinationer. Det handlade om 1: sjukdomen, 2: egenvården, 3: attityder och kommunikation. Omvårdnad som stödjer följsamheten ansågs vara 1: patientundervisning, 2: uppbyggande av förtroende mellan patient och vårdare samt 3: socialt stöd.

### **Faktorer som personer med diabetes inverka på deras följsamhet**

#### **Sjukdomen och dess egenvård**

Sjukdomen diabetes mellitus är i sig själv en av de mest krävande kroniska sjukdomar vad gäller egenvård. Den är krävande både kognitivt, psykologiskt och beteendemässigt och kan kräva både tablettbehandling och insulin, diet, motion och egenkontroll av blodsocker. Personen med diabetes måste också lära sig känna igen och reagera på symtom, att söka information hos och interagera med hälsovårdspersonal. Detta kräver utmanande livsstilsförändringar som av många upplevs som en tung börda. Det är inte heller osannolikt att han lider av andra kroniska sjukdomar som ytterligare komplicerar den i sig komplexa diabetesregimen Även kostnaderna och andra praktiska svårigheter leder till en känsla av hopplöshet. (Amoako & al. 2008). Debono och Cachia (2007) beskrev diabetes som en sjukdom som kan påverka den fysiska hälsan på olika sätt. Det vanligaste är utveckling av långsiktiga komplikationer och deras konsekvenser såsom retinopati, nedsatt njurfunktion och terminal njursjukdom, hjärtproblem, impotens och perifer neuropati. Det sistnämnda leder till kronisk smärta och i värsta fall amputation. Personer med diabetes upplever i hög utsträckning en nedgång i upplevd livskvalitet, delvis på grund av att de inte spontant kan delta i vissa njutbara aktiviteter till exempel att ta en skogspromenad, gå ut och dansa eller gå och handla. Denna nedsatta förmåga att fungera självständigt gör också att de får svårt att klara diabetesregimen.

Enligt Matthews et al. (2009) förblir det problem med följsamheten trots statistiskt stöd för behandlingar och blodsockerkontroll. Diabetesegenvård för ett hälsosamt liv är ett livslångt

åtagande och ansvaret ligger hos individen själv som dagligen måste besluta att följa en egenvård med kost, motion och ibland även medicin. Flera faktorer påverkar följsamhet och omfattar socioekonomi, individuella uppfattningar och skyldigheter mot familj. Moser, van der Bruggen och Widdershoven (2006) som använder termen ”identifikation” för patientens anpassning till sjukdomen och dess regim, anger som ett hinder för följsamhet de mer eller mindre frekventa förändringarna av behandlingsregim, där patienten måste vänja sig vid nya medicineringar och nya rutiner.

### Attityder och kommunikation

Attityder och kommunikativ förmåga hos vårdaren kan också ha inverkan på hur pass motiverad patienten blir till att följa egenvårdsråden och enligt Amoako et al. (2008) upplevde många patienter att stöd och information när diabetes upptäcktes var mycket bristfällig och att läkarna oftast hade för lite kunskap för att kunna ge information och råd till egenvård. Endast få patienter har haft/har kontakt med en distriktssköterska/diabetessköterska. Latter, Sibley, Skinner, Cradock, Zinken, Lussier et al. (2010) fann att en barriär mellan patient och vårdare kan utgöras av att patienten känner att vårdaren inte lyssnar på honom och att denne ger ordinationer på ett paternalistiskt sätt. Det kan också vara fråga om andra barriärer såsom stereotypa föreställningar om den andra parten (ålder, kön, ras). Peek, Odoms-Young, Quinn, Gorawara-Bhat, Wilson och Chin (2010) konstaterade att det hos amerikaner med afrikanskt ursprung fanns en uppfattning om rasbarriärer mellan svarta patienter och vita läkare. Detta yttrade sig inom alla domäner av det delade beslutsfattandet (eng. shared decision-making, SDM), nämligen i fråga om informationsutbyte, beslutsfattande och läkarordinationen: Informationsutbytet: En stor grupp av patienterna upplevde att läkarna var mindre benägna att delge svarta patienter medicinska förklaringar eller testresultat eller att lyssna på patienten (mindre benägna än gentemot vita patienter). De upplevde att läkaren uppfattade dem som för dumma för att ta till sig informationen. Läkarens rekommendationer och beslutsfattandet: Flera svarta patienter upplevde att läkaren ägnade betydligt mindre tid åt dem än åt vita patienter (60-90 sekunder respektive 15 minuter) och att attityden gentemot dem var mer nedlåtande och kylig än gentemot vita patienter. Denna uppfattning stöddes av en sköterska som arbetat med en läkare med både svarta och vita patienter. Även mellan svarta patienter och asiatiska läkare fanns barriärer. Dels hade dessa läkare problem med språket, dels saknade de förståelse för de svartas situation i USA eller deras kultur. Till exempel uppgav en kvinnlig informant att asiatiska läkare och svarta patienter inte sällan kom på kollisionkurs vad gällde dietföreskrifter: Patienterna kommer ofta från Södern, där man är van att äta mat,

som läkaren anser att patienten skulle sluta med, något som inte är så lätt för många av de aktuella patienterna. Till attityder och kommunikation kan även räknas det som kallas klinisk misshandling (eng. clinical-mismanagement). I en studie av Javors, Laws, och Bramble (2003) konstaterades att 86 % av diabetespatienterna i undersökningen ville vara följsamma till behandlingsrekommendationer men endast 43 % av läkarna följde nationella riktlinjer för diabetesvård. Patienterna följde alltså läkarnas rekommendationer men dessa rekommendationer överensstämde inte med de nationella riktlinjerna. Detta gjorde patienterna till ofrivilligt icke-följsamma patienter. Tillfrågade om varför de inte följde riktlinjerna svarade ett flertal läkare att de trodde de följt de nationella riktlinjerna, till exempel att uppmana patienten till en lämplig diet, men kontroll av journalerna visade att så inte skett. Över huvud taget var läkarna inte bra på patientundervisning. I bara tre av de fjorton diabetesfallen hade läkare eller annan personal gjort adekvata försök att förklara viktiga aspekter av diabetes för patienten. Som skäl till att de inte följt de nationella riktlinjerna angav de flesta läkarna ”sammansatt i klinikkens rutiner” (Javors & al 2003 s.176), det vill säga läkaren hade satt upp patienten för återbesök men hans personal hade sedan inte kallat patienten. En läkare i studien angav som skäl att han inte tyckte de nationella riktlinjerna vara värda att följas.

## **Omvårdnad som stödjer följsamheten**

### **Patientutbildning**

Debono och Cachia (2007) konstaterade att patientutbildning bör vara en naturlig del vid behandling av kroniska sjukdomar. För att hantera diabetes framgångsrikt måste patienten lära sig om sin sjukdom för att kunna ta dagliga beslut självständigt. Dessa beslut bör, för att vara effektiva, ta hänsyn till flera fysiologiska och psykosociala faktorer. Strategier som hjälper patienter att fatta beslut om mål, alternativa behandlingsmetoder och egenvård samt att ta ansvar för den dagliga diabetesvården är effektiva. Därför bör sjukvårdens mål vara att hjälpa patienter upptäcka och utveckla inneboende förmåga att ta ansvar för sin eget hälsa. Detta är patientbemyndigande, (eng. ”patient-empowerment”). Patientutbildning är varken något nytt eller något som övergivits men tidigare modeller av patientundervisning var huvudsakligen informationsbaserade och gick enbart ut på att lära patienten vissa färdigheter, som att kontrollera blodsocker och ta insulin. Dagens pedagogik är mer fokuserad på patienternas upplevelser av att dagligen leva med sjukdomen. Man betonar vikten av att öka patientens självständighet och utbildningen måste pågå under lång tid eftersom patienten måste lära sig att integrera den nya kunskapen med verksamheten i det dagliga livet. Undervisningen måste vara individuellt anpassad.

En första förutsättning för att patienten ska kunna följa de många och komplexa egenvårdsråden är en kognitiv kunskap om dessa. Problem kan uppstå om resurser saknas. Hos Rätsep et al. (2007) framkom att den dåliga följsamheten till en del berodde på för få diabetessjuksköterskor och brist på patientundervisningsmaterial samt dålig motivation hos patienterna. Det fanns år 2007 omkring 20 olika utgåvor av riktlinjera för diabetesvård (Clinical practice guidelines, CPG) men i dessa saknas avsnitt om patientutbildning och patientbemyndigande. Tidigare forskning har också visat att den stora mängden utgåvor gör att läkarna använder riktlinjerna i mindre utsträckning än de skulle gjort om dessa förekommit i mindre antal utgåvor.

Den kognitiva dimensionen av patientundervisningen är dock inte alltid tillräcklig, utan måste åtföljas av en psykologisk/emotionell och en beteendemässig dimension och ett första steg i den riktningen är att bygga upp en förtroendefull relation mellan patient och vårdare (mer om detta nedan). Denna relation måste vara patientcentrerad, det vill säga fokusera på patientens upplevelser av hur det är att leva med sjukdomen. I en studie av Amoako et al. (2008) beskrivs en intervention i form av telefonsamtal som fokuserade på patienternas erfarenhet av diabetes: diagnos och prognos; behandling, symtom och biverkningar; social- ekonomi- eller familjefrågor; egenvård, diet, motion och fotvård. För att minska patientens osäkerhet inför sjukdomen uppmuntrades han till att skapa alternativa lösningar och att ”omfokusera från det okontrollerbara till det kontrollerbara” (Amoako et al. 2008 s. 933) vilket innebar att definiera ett problem, komma på en möjlig lösning, välja en lösning och sedan planera och genomföra den. Även bön användes av samtliga deltagare som ett sätt att hantera svårigheter. Deltagarna i studien uppmanades att rapportera resultatet till den diabetessköterska som hade hand om interventionen. Deltagarna tränades också i att ställa frågor under sina läkarbesök. Latter et al. (2010) fann att sjuksköterskorna måste vara medvetna om att patientens oro för läkemedel och om de tror att de behöver dem, påverkar hur och om de tar sina ordinerade läkemedel. Vidare så rekommenderas vårdpersonalen att använda ett patientcentrerat förhållningssätt, med kommunikationsstrategier som öppna frågor och förmåga att lyssna i syfte att möjliggöra för patienten att diskutera sina övertygelser, samt förklara fördelar och risker med behandling. Sjuksköterskor får inte heller vara dömande gentemot patientens oro.

## Uppbyggande av förtroende mellan patient och vårdare

Moser et al. (2006) formulerar hur vårdaren ska gå vidare från patientperspektivet till att faktiskt påverka patienten till ett visst beteende. I studien används termen "welcomed paternalism" om en dimension av autonomi och som går ut på att patienter (med typ 2-diabetes) rättar sig efter vad andra, hälsovårdspersonal eller närstående, säger åt dem att göra. Detta betyder inte att de är dominerade av andra, utan tvärtom, att de fattat ett medvetet och självständigt beslut att låta andra styra dem i vissa fall, som till exempel när sjuksköterskan eller en anhörigvårdare ger patienten information och patienten accepterar föreslagen behandling och delegerar sitt beslut till sjuksköterska eller anhörigvårdare. Som en annan dimension av autonomi men inte som någon motsats anger samma författare självbestämmande (eng. "self-determination"). Även i detta fall får patienten information, varefter han själv fattar beslutet om omvårdnad. En tredje dimension, som är ett mellanting mellan de två föregående, kallar författarna delat beslutsfattande (eng. "shared decision-making"). Denna går ut på att patient och vårdgivare delger varandra information om personliga värderingar och preferenser. Alla inblandade deltar i beslutsfattandet, som kan innebära kompromisser i förhållande till vad vårdgivaren tänkt sig. En liknande tankegång som hos Mosers et al (2008) om delat beslutsfattande finner vi hos Matthews et al. (2009), som konstaterar att det under de senaste tre decennierna skett en övergång till en konsumentinriktad sjukvårdsmodell, där vården/vårdaren är leverantör och patienten konsument. Kommunikationen patient/konsument – vårdare/leverantör måste utvärderas, så att det framgår om det är kommunikationen som kan vara hinder för att följa behandlingsregimer. Förbättrad kommunikation ger vårdarna möjlighet att utveckla ett partnerskap med patienter för att bygga ömsesidigt godtagbara behandlingsplaner och nå ömsesidigt överenskommet mål. Både patient och vårdare kommer att sträva mot samma mål. Stärkta individer, med kompetens som behövs för att förhandla om behandlingsregimer, kommer att uppnå positiva hälsoeffekter och fatta bättre beslut, vilket gör det lättare för dem att nå sina mål.

Peek et al. (2010) med sitt perspektiv med rasbarriärer mellan patient och vårdgivare, kom fram till resultatet att det måste utvecklas kommunikationsstrategier för både patienter och vårdgivare, där det för vårdgivarnas del främst skulle handla om träning av kulturell kompetens. En liknande tankegång finns hos Latter et al. (2010), som fann att undervisning av vårdpersonal i patientkommunikation är nödvändig för att skapa en god följsamhet till medicinering. Enligt Debono och Cachia (2007) är förutsättningarna bättre för god blodsockerreglering och andra terapeutiska mål och därmed hälsorelaterad livskvalitet om patienten förmår upp-

rätthålla en optimistisk attityd. Denna optimistiska attityd kan stödjas av en positiv relation patient – läkare. Latter et al. (2010) kom fram till att tiden också är en viktig faktor: I en patient – vårdrelation som byggts upp under en längre tid vågar patienten avslöja saker för vårdaren och litar på att denne inte sviker honom och inte tar hans problem på allvar. En annan sköterska i samma studie menade att det var först under tredje eller fjärde konsultationen som patienten började ställa frågor eller utforska sina övertygelser om sjukdom och medicinering. En sjuksköterska i samma studie uttryckte att den undervisning hon genomgått gjorde att hon vågade vara mer konfronterande och fråga mer och djupare när en patient berättade att han inte tagit sin medicin som ordinerat, eftersom den gav honom diarré. Denna beredskap till konfrontation ansåg hon vara en viktig färdighet eftersom den hjälpte henne att ta reda på mer om vad patienten kände inför sin medicinering och sitt hälsotillstånd.

Det kan också vara så att patienten känner en skuld, relaterad till att han bedömer sig själv som lat eller omotiverad, och därmed själv har förorsakat sitt misslyckande med att upprätthålla blodsockerbalansen. Denna skuldkänsla kan i framtiden tjäna som inspiration till att han anstränger sig mer för att uppnå behandlingsmålen. För att skuldkänslan ska få detta resultat kan det krävas att patienten får stöd från vårdarhåll. Det är då nödvändigt med en vårdrelation med förståelse av patientens tro att han själv har en skuld till det otillfredsställande resultatet (Knecht, Syrjälä & Knuutila 2000).

### Socialt stöd

Debono och Cachia (2007) konstaterade att diagnosen diabetes kan vara tuff att leva med och dess inverkan på livskvaliteten är stor. Framför allt kraven på livsstilsförändring kan kännas betungande och upplevas som svår, frustrerande och ett hinder som inte kan övervinnas. Detta påverkar de fysiska, psykiska och sociala aspekterna av vardagen. Sjukvårdspersonal kan bidra till att patienten uppnår bättre diabeteskontroll, inte bara genom att förebygga akuta och kroniska komplikationer, utan också genom att förbättra patientens psykiska välbefinnande och upplevelse av livskvalitet. Livskvalitet är starkt relaterad till individens uppfattning av sin livssituation och olika människor kommer att ha olika uppfattningar om effekten av diabetes under sina liv, ingens känsla är den andra lik. Vid bedömningen av en hälsorelaterad livskvalitet bör hänsyn tas till patientens syn på sin egen hälsa och välbefinnande inom områdena fysisk, psykisk och social funktion. Sjukvårdspersonalen kan åstadkomma en ökad känsla av kontroll hos patienten genom upplysning och en patientutbildning som är självbemyktigande (eng. self-empowerment), så att patienten kan känna att han själv kan hantera sin sjukdom.



I en studie av Hjelm och Berterö (2009) konstaterades emotionellt stöd vara den viktigaste komponenten i begreppet stöd och tydliga samband mellan begränsade sociala nätverk (dåligt stöd) och dålig hälsa, t.ex. hjärt- sjukdomar och dödlighet, har påvisats. Man drog slutsatsen att det vore bra med någon form av uppföljning, inte bara att gå till läkaren på sin vårdcentral för kontroll av blodsocker, utan att det också finns en möjlighet till flera besök om man behöver det, mera lättillgänglig information och råd som är lätta att följa. Hjelm och Berterö (2009) konstaterade även i sin studie att egenvård är krävande och orsakar stress som kan minskas eller ökas, beroende på det slag av socialt stöd som personen upplever att han får. Olika arbetsmiljöer har visat att höga krav och lågt beslutsutrymme leder till stress och frustration som orsakar nedsatt hälsa. När det gäller egenvården så är det väldigt olika hur man hanterar den beroende på kön, ålder, kultur och också social status i samhälle, det beror också på vilket nätverk man har runtomkring sig. I samma studie beskrivs hur kvinnor uppvisade ett aktivt egenvårdsbeteende och oftare sökte information för att hantera sin hälsa, medan män begärde stöd och hjälp från hälsovårdspersonal. Stöd från andra varierade beroende på ålder: Ju äldre de var, desto mer hjälp och stöd från andra, både professionella och närmast anhöriga, fick de. Det visade sig också att behovet av stöd minskade när man haft diabetes en längre tid och hade fått hjälp från början. Specifika sociala stödåtgärder, riktade till make/maka, familj släkt, vänner, kollegor och medpatienter, visade sig påverka patientens egenvårds- och diabetesutfall.

## DISKUSSION

### Sammanfattning av huvudresultaten

Syftet med studien var 1, att beskriva vad som kan utgöra hinder för att följa egenvårdsråd vid diabetes och att beskriva vad som kan stödja följsamhet.

1, Det visade sig att diabetes, med alla krav för att hålla sjukdomen under kontroll, innebär livsstilsförändringar som är väldigt utmanande för patienten som kanske inte kan eller vill vidta dessa. Patienten kan också vara dåligt psykosocialt anpassad till sjukdomen på grund av bristande kunskap om sjukdom och egenvård (Amoako et al. 2008). Moser et al. (2006) använder termen identifikation för patientens anpassning till sjukdomen och dess återkommande förändringar av regim. Denna identifikation kan vara mer eller mindre välutvecklad. Barriärer av olika slag kan uppstå mellan patient och vårdgivare. Det kan röra sig om en upplevd brist på information och stöd när diabetes konstateras (Amoako et al. 2008), eller en känsla av att vara utsatt för läkarens eller sjuksköterskans stereotypa föreställningar om till exempel ålder, kön eller ras och/eller att bli paternalistiskt behandlad (Latter et al. 2010, Peek et al. 2010). Till barriärer räknas även klinisk misskötsel: I en studie av Javors et al. (2003) framkom att så många som 57 % av diabetesläkarna inte följde nationella riktlinjer för diabetesvård. Skälen för detta varierade.

2, Den stora skillnaden artiklarna emellan var i synen på undervisning: Om denna skulle gå ut på att lära patienten vissa fakta och vissa färdigheter eller om den skulle gå ut på att lära patienten att bli så självständig att han kan fatta sina egna beslut. Patientutbildning visade sig kunna stödja följsamheten. Enligt Debono och Cachia (2007) är dagens patientutbildning mer inriktad på att öka patientens självständighet genom att låta undervisningen pågå under en längre tid så att patienten hinner integrera sin nya kunskap med det dagliga livet, medan äldre modeller av patientundervisning gick huvudsakligen ut på att informera och att lära patienten att ta insulin och att kontrollera blodsocker. Till patientundervisning räknas också stödåtgärder för att få patienten att fungera bättre psykosocialt och uppleva högre livskvalitet (Debono & Cachia 2007). För att patientundervisning skall vara möjlig krävs ett förtroende för vårdaren hos patienten. Matthews et. al (2009) beskriver förbättrad kommunikation som ett partnerskap, där patient och vårdare kan förhandla om mål och behandling. Latter et al. (2010) rekommenderar ett patientcentrerat förhållningssätt som går ut på att ställa öppna frågor till patienten, inte vara dömande och att ta patientens oro inför medicinering på allvar och

förklara för- och nackdelar med behandlingen och egenvården. Det är också en fördel om vårdaren vågar vara mer konfronterande gentemot patienten. Detta står inte i något motsatsförhållande till ett patientcentrerat förhållningssätt, utan är en metod att ta reda på patientens tankar och känslor inför sin hälsa och sin behandling. Vårdpersonal, som tidigare enbart arbetat utifrån den tidigare modellen med att informera och instruera, behöver utbildning för att kunna arbeta enligt detta synsätt. Även tiden är viktig i processen: Det ”går åt” ett par konsultationer innan patienten börjar ställa frågor. Amoako et al. (2008) och Hjelm och Berterö (2009) pekar på patientens stöd av närstående och personliga nätverk som ett möjligt stöd åt nödvändiga livsstilsförändringar.

## **Resultatdiskussion**

I resultaten av de olika studierna framgick att följsamhet till råd och ordinationer vid diabetes är en mycket komplex fråga. Uppsatsförfattarna anser att detta är viktigt att vara medveten om vid möte med diabetespatienter eller vid läsning av artiklar och annan litteratur om följsamhet, eftersom man som läsare annars kan tro sig stå inför ett antingen – eller: ”Antingen är patienten följsam eller så är han det inte”. Detta är ett alltför snävt sätt att se på följsamhet.

En gemensam nämnare som i de olika artiklarna beskrivs som viktig är kommunikation av olika slag även om de olika artikelförfattarna beskrev olika relationer: mellan vårdare – patient (Amoako et al.(2008), Javors et al. (2003), Latter et al. (2010), Moser et al. (2006) och Peek et al. (2010)); mellan vårdare – anhörig (Debono & Cachia 2007); mellan patient – anhörig (Debono & Cachia (2007), Hjelm & Berterö (2009) och Moser et al. (2006)), mellan vårdare – vårdare (Javors et al. 2003) och, vid gruppundervisning, mellan patient – patient (Debono & Cachia 2007) och (Matthews et al. 2009). Uppsatsförfattarna såg det som en styrka att de olika artiklarnas slutsatser var så pass lika både vad gäller orsaker till bristande följsamhet och möjliga åtgärder för att förbättra den. Att kommunikation generellt är viktig ansåg artikelförfattarna som självklart men en viktig lärdom är beskrivningen av de olika kommunikationsriktningarna ovan. Anhörigperspektivet handlar till exempel både om att den anhörige tillsammans med patienten har besvär av sjukdomen och att den anhörige kan bidra till att hjälpa eller försvåra för patienten.

## Metoddiskussion

Studien genomfördes som en litteraturstudie vilket har gett artikelförfattarna en överskådlig bild av problemet och forskningsläget om orsaker till dålig behandlingsföljsamhet och vad som kan göras för att förbättra den.

Vid sökning av vetenskapliga artiklar till resultatet har sökmotorn ELIN@du.se samt databasen CINAHL använts. Då CINAHL innefattar både forskningsområdena medicin och omvårdnad, gavs ett brett sökområde. Olika sökord kombinerade med varandra med hjälp av booleska operatorerna ”and” har använts. En del nya sökord tillkom under arbetets gång, allteftersom de upptäcktes i artiklarna. Dessutom användes begränsningar i form av årtal för publicering (2000-2010), att artikeln skulle vara tillgänglig i fulltext och utan avgift och tillgängliga i nedladdningsbart PDF-format samt att den skulle vara granskad, (eng. peer-reviewed). Antal artiklar som exkluderar från denna studie var 2534 från resultaten av ursprungssökningarna, som var 2544 stycken. En stor del av bortfallet beror på att de inte uppfyllde uppsatsförfattarnas kriterier på tillgänglighet i nedladdningsbart PDF-format. Granskning av artiklarna förorsakade bortfall för att uppsatsförfattarna valde bort artiklar som handlade om förpubertala barn, dementa och personer med psykisk sjukdom.

En så kallad forskartriangulering (eng. investigator triangulation) (Forsberg & Wengström 2008 respektive Polit & Beck 2008) tog så vid: Sedan den ena författaren på ovan beskrivna sätt sållat fram ett hanterligt antal artiklar lästes titlarna igenom. Verkade en titel relevant lästes även sammanfattningen, ”abstract” och om denna verkade relevant lästes och kvalitetsgranskades hela artikeln. Kvalitetsgranskningen gjordes utifrån modifierade granskningsmallar av Forsberg och Wengström (2008) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) (bilaga 1 och 2). Granskning enligt mallarna delade in artiklarnas kvalitet i låg, medelgod och hög. Endast artiklar som bedömts ha ”medelgod” eller ”hög” kvalitet har tillåtits ingå i studien. Därefter skrev författaren ett referat eller använde artikeln för att komplettera i uppsatstexten. Den andre författaren läste också artikeln samt referatet eller den nya versionen av uppsatsen, detta i syfte att säkerställa en riktig tolkning av den vetenskapliga artikeln. Oenighet om innehållet har uppstått vid ett tillfälle under arbetets gång, varvid båda författarna läste artikeln på nytt och endast de avsnitt man var överens om tilläts stå kvar i uppsatsen. Uppsatsen eller delar av den har emellanåt lästs av externa granskare, detta för att kontrollera läsbarhet och begriplighet.

Möjliga svagheter i studien:

Exklusionen av artiklar som handlade om bristande följsamhet men inte om samtidigt handlade om diabetes. Över huvud taget kan begränsningen till diabetes vara en svaghet eftersom författarnas avsikt var att skriva om bristande följsamhet till egenvårdsråd. Diabetes visade sig dock vara ett bra exempel på en sjukdom som av patienten kräver mycket i form av egenvård, varför begränsningen förhoppningsvis inte lett till att alltför mycket relevant material utlämnats. De stora geografiska och kulturella skillnader mellan artiklarna kan innebära svårigheter att göra rättvisande jämförelser, eftersom det föreligger stora skillnader i de olika ländernas sjukvård, ekonomi, miljö och utbildning. Spridningen kan också ses som att studien fått en bredd i sitt resultat. Avgränsningen mot artiklar icke-tillgängliga i nedladdningsbart PDF-format kan vara en svaghet i studien eftersom användbart material kan gå förlorat men kan även ses som en styrka då underlaget till studien är lättillgängligt.

Även exkluderingen av artiklar som handlar om barn och personer med demens eller psykisk sjukdom kan vara en svaghet då information som skulle kunna komplettera bilden kan gå förlorad. I gengäld uppnås en överskådlighet i studien. De bortsållade patientkategorierna skulle sannolikt tjäna på att studeras för sig.

### **Förslag till vidare forskning**

Kommunikation och patientundervisning spelar en viktig roll i fråga om patienters följsamhet till råd och ordinationer, varför ytterligare forskning inom området vore värdefull. En kvantitativ studie om effekterna av att vårdare genomgått utbildning i kommunikation med personer med diabetes eller annan kronisk sjukdom kan mätas, till exempel genom att patienter med nyupptäckt diabetes får redogöra för vad de vet om sin sjukdom och dess behandling och egenvård efter att de talat med sin läkare/diabetessjuksköterska. En kvalitativ undersökning skulle kunna undersöka patienters upplevelser av samtal med sin vårdare i samma situation som ovan. Motsvarande undersökningar bör också genomföras på patienter som genomgått patientutbildning enligt den nya modellen, beskriven under ”Sammanfattning av huvudresultaten” ovan.

### **Slutsats**

Uppsatsförfattarna belyser i denna studie att det för patienten kan vara svårt att leva upp till egenvårdskraven vid diabetes. Det är viktigt att informationen om komplikationer som till exempel hyper- och hypoglykemi verkligen förstås av patienten och flera faktorer kan påverka positivt och negativt, patientens följsamhet till nödvändiga egenvårdsråd. Vårdpersonalens

agerande har inverkan på denna följsamhet. Så gjorde till exempel en nedlåtande eller likgiltig attityd från vårdarens sida att patienten inte förstod allvaret i sjukdomen och därför heller inte var motiverad till någon egenvård. Författarnas slutsats är att det är vårdarens uppgift att styra patienten mot ett evidensbaserat egenvårdsbeteende och att det dessutom är viktigt hur han gör för att åstadkomma detta. Detta står inte i motsättning till att bemyndiga patienten att fatta sina egna beslut även om det kortsiktigt kan tyckas så. Vårdens uppgift är att ta reda på hur patienten ser på situationen med diabetes och dess egenvårdskrav och vad som kan göra det lättare för honom att genomföra egenvården. Därefter kan patienten fatta egna, informerade, beslut. Detta förhållningssätt ställer krav på utbildning men framför allt fortlöpande reflektion hos vårdpersonalen. Vården måste organiseras mot en kontinuitet så att Det skapas en kontinuitet som underlättar patientdiskussioner om egenvård och, för vårdarens del, möjlighet till diskussion med kollegor.

### **Projektets kliniska betydelse**

Den som arbetar med personer med diabetes kan ha nytta av denna studie som söker uppmärksamma vad som kan inverka på patientens förmåga och vilja till egenvård och hur vården kan stödja denna förmåga och vilja.

## Referenser:

Andersson, R., Jeppsson, B., Lindholm, C., Rydholm, A. & Ulander, K. (2004). *Kirurgiska Sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Amoako, E., Skelly, A.H. & Rossen, E.K. (2008). Outcomes of an Intervention to Reduce Uncertainty Among African American Women with Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*.

Chan, J.C.N., Ng, M.C.Y., Critchley, J.A.J.H., Lee, S.-C. & Cockram, C.S. (2001). Diabetes mellitus-a special medical challenge from a Chinese perspective. *Diabetes Research and Clinical Practice* 54 –Supplement 1, 19-27.

Debono, M. & Cachia, E. (2007). The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health & Medicine*, 12(5) 545-555.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Fossum, B. (Red.) (2007). *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Grefberg, N. & Johansson, L-G. (Red.) (2007). *Medicinboken – vård av patienter med invärtes sjukdomar*, Stockholm. Liber AB.

Hallborg & Almås (red). *Klinisk omvårdnad 2*, (2006). Stockholm: Liber AB.

Hjelm, K. & Berterö, C. (2009). Social support as described by Swedish people diagnosed with type 2 diabetes mellitus *Primary Health Care Research & Development* 10, 26-37.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. och Skaug, E-A. (red.)(2006). *Grundläggande omvårdnad, band 4*. Stockholm: Liber AB

Javors, J.R., Laws, D. & Bramble, J.E. (2003). Uncontrolled Chronic Disease: Patient Non-Compliance or Clinical Mismanagement? *Disease Management* 6 (3), 169-178.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Klang Söderkvist, B. (red.). (2008). *Patientundervisning*. 2 uppl. Lund: studentlitteratur.

Kneckt, M.C., Syrjälä, A-M. H.& Knuuttila, M.L.E. (2000). Attributions to dental and diabetes health outcomes, *Journal of Clinical Periodontology* 27 (3), 205-211.

Latter, S., Sibley, A., Skinner, T.C., Cradock, S., Zinken, K.M., Lussier, M-T., Richard, C. & Roberge, D. (2010). The impact of an intervention for nurse prescribers on consultations to

promote patient medicine-taking in diabetes: A mixed methods study, *International Journal of Nursing Studies* 47, 1126-1138.

Matthews, S.M., Peden, A.R. & Rowles, G.D. (2009) *Patient-provider communication: Understanding diabetes management among adult females Patient Education and Counseling* 76, 31-37.

Moser, A., van der Bruggen, H. & Widdershoven, G. (2006) Competency in shaping one's life: Autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting; a qualitative study *International Journal of Nursing Studies*, 43(4) 417-427.

Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of advanced nursing*, 54(2), 151-158.

Peek, M.E., Odoms Young, A., Quinn, M.T., Gorawara-Bhat, R., Wilson, S.C. & Chin, M.H. (2010). Race and shared decision-making: Perspectives of African-Americans with diabetes *Social Science & Medicine* 71, 1-9.

Polit, D.F. & Beck, C.D. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rätsep, A., Oja, I., Kalda, R. & Lember, M. (2007). Family doctors' assessment of patient- and health care system-related factors contributing to non-adherence to diabetes mellitus guidelines. *Primary Care Diabetes* 1(2): 93-97.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Patientutbildning vid diabetes: En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, 195). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-16>.

WHO [www.who.int/entity/mental\\_health/media/en/252.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/252.pdf)

Willman, A., Stoltz, B. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.



## bilaga 1 Granskningsmall för kvalitativa studier

Maxpoäng 25

Nr	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är uralsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven angående bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlings metod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

**Erhållna poäng:**

**Kvalitet:**      **Låg:** högst 15 **medel** 16-19

**hög** minst 20

## Bilaga 2 Granskningsmall för kvantitativa studier

### Maxpoäng 29

Nr	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är uralsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Finns populationen beskriven?		
15	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16	Anges bortfallets storlek?		
17	Kan bortfallet accepteras?		
18	Anges var studien genomfördes?		
19	Anges när studien genomfördes?		
20	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23	Presenteras hur data bearbetas statistisk och analyserats?		
24	Besvaras studiens frågeställningar?		
25	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26	Diskuterar författarna studiens interna validitet?		
27	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
29	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

**Maxpoäng: 29**

**Erhållna poäng:**

**Kvalitet: låg** högst 17 **medel** 18-22 **hög** minst 23

### Bilaga 3, Litteratursökningen, översikt

Databas/ Sökmotor	Sökord	Träffar	Utvalda artiklar	Artiklar i resultatet
Elin@dalarna	diabetes			
	AND social support	240		
	AND social network	5	1 Hjelm & Berterö	1 Hjelm & Berterö (2009)
Elin@dalarna	non-compliance	1786		
	AND diabetes*	48	8 Matthews, Kakleas, Cramer, Mishali, Peel, Goudswaard, Frandsen	1 Matthews (2009)
Elin@dalarna	Amoako 2008	12		
	AND Skelly (författarnamn)	1	1 Amoako	1 Amoako et al. (2008)
Elin@dalarna	diabetes			
	AND barrier*	989		
	AND adherence	81	2 Nagelkerk, Rätsep	1. Rätsep et al. (2007)
Elin@dalarna	self-efficacy	9402		
	AND diabetes	324		
	AND adherence	44	2 Fuertes, Latter	Latter et al. (2010)
Elin@dalarna	diabetes			
	AND patient-provider-communication	20	3 Peek, Latter, Matthews	3Peek et al. (2010), Latter et al. (2010), Matthews et al. (2009)
Elin@dalarna	shared care	64		
	AND diabetes	4	1 Moser	1 Moser et al. (2006)
Elin@dalarna	Knecht/ author	1	1 Knecht	Knecht et al. (2000)
Cinahl	diabetes			
	AND barrier*	746	1 Nagelkerk	0
	AND non-compliance	2	1 Javors	1 Javors et al. (2003)
Cinahl	diabetes			
	AND patient-education	452		
	AND self-empowerment	1	1 Debono & Cachia	1 Debono & Cachia
Cinahl	Latter /author	11	1 Latter	1 Latter et al. (2010)
Cinahl	diabetes			
	AND adherence			
	AND barrier*	10	1 Nagelkerk	0

## Bilaga 4, Artikelöversikt

författare	land/år	titel	syfte	design metod	Datainsamlingsmetod	n	kvalitet
Amoako	USA 2008	<i>Outcomes of an Intervention to Reduce Uncertainty Among African American Women with Diabetes</i>	Mäta en telefoninterventions effekt på egenvård. Afro-amerikanska kvinnor var överrepresenterade vad gäller osäkerhet om egenvård vid diabetes. Interventionen visade sig framgångsrik.	Kvantitativ experimentell	Mätskalor m. självskattning	68	23/29 hög
Debono, M & Cachia, E.	Storbr. 2007	<i>The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education</i>	Livskvalitet är starkt relaterad till individens uppfattning av sin livssituation.	Kvantitativ			/29 hög
Hjelm, K. & Berterö, C.	Sverige 2009	<i>Social support as described by Swedish people diagnosed with type 2 diabetes mellitus</i>	För att klara egenvården och vårda sin diabetes så blev det lättare att klara av det genom stora nätverk, vänner och anhöriga	Mixed method	Intervjuer	40	21/25 hög
Javors & al.	USA 2003	<i>Uncontrolled Chronic Disease: Patient Non-Compliance or Clinical mismanagement?</i>	Bestämma prevalensen av sjukdomskontroll hos personer som förmodades lida av en eller flera kroniska sjukdomar. Hos de patienter där sjukdomen inte var under kontroll kunde studien bestämma om detta berodde på otillfredsställande kliniskt handhavande, på bristande följsamhet hos patienten, båda ovanstående faktorer eller var resultatet av att sjukdomen var svårkontrollerad och motsträvig till behandling.	kvantitativ	Självskattningsformulär, journaler, diskussioner med patienter och läkare för att få ytterligare information.	30	25/29 hög

Kneckt et al.	Finland 2000	<i>Attributions to dental and diabetes health outcomes</i>	Beskriva förhållandet mellan beteende vid tand- och diabetesegenvård enl. "attribution theory"	Kvantitativ, tvärsnittundersökning	Frågeformulär, journalläsning	149	25/29 hög
Latter et al.	Storbr. 2010	<i>The impact of an intervention for nurse prescribers on consultations to promote patient medicine-taking in diabetes: A mixed methods study</i>	Skapa, implementera och utvärdera en intervention för ssk:or med förskrivningsrätt. Intervention för ökad diskussion pat.-ssk om medicinering	Mixed-method	Bandinspelningar av konsultationer och intervjuer	14	23/29 hög
Matthews et al.	USA 2009	<i>Patient-provider communication: Understanding diabetes management among adult females</i>	Utforska hur vuxna kvinnor sköter sin diabetes och att beskriva rekommendationer för förbättrad följsamhet och möjligheter till förbättrad kommunikation patient-vårdgivare	Kvalitativ, deskriptiv	Semistrukturerad intervju	5	23/25 hög
Moser et al.	Nederländerna	<i>Competency in shaping one's life: Autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting; a qualitative study</i>	Beskriva hur patienter med typ2-diabetes och som behandlas av diabetessköterskor ser på autonomi	Kvalitativ, grounded theory	Intervju m. öppna frågor	15	18/25 medel
Peek et al.	USA 2010	<i>Race and shared decision-making: Perspectives of African-Americans with diabetes</i>	Att utforska patienters upplevelser av hur ras påverkade "shared decision-making" mellan afro-amerikaner och deras läkare	kvalitativ	Djupintervuer, fokusgrupper	24+ 27	21/25 hög
Rätsep et al	Estland 2007	Family doctors' assessment of patient- and health care system-related factors contributing to non-adherence to diabetes mellitus guidelines	Bedöma husläkares syn (opinions) på vad som bidrar till icke-följsamhet hos personer med diabetes, om faktorerna var relaterade till hälsovårdssystemet eller till patienterna.	Kvantitativ Deskriptiv	Frågeformulär	163	26 hög