



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

UTVÄRDERING AV EN PERSONCENTRERAD OCH GRUPPBASERAD EGENVÅRDSUTBILDNING FÖR PERSONER MED TYP 2 DIABETES

Hur påverkas välbefinnande, egenvårdsförmåga
och stöd för egenvård?

Linda Fridén
Agneta Kristensson

Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeexamen inom diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2018- Vt 2019
Handledare:	Carina Sparud-Lundin
Examinator:	Linda Berg

Titel svensk:	Utvärdering av en personcentrerad och gruppbaserad egenvårdsutbildning för personer med typ 2 diabetes -Hur påverkas välbefinnande, egenvårdsförmåga och stöd för egenvård?
Titel engelsk:	Evaluation of a person-centred and group based selfcare-education for people with type 2 diabetes – How does it affect wellbeing, self-management and support for self-management?
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad inriktning Diabetes OM8220 Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2018/VT 2019
Handledare:	Carina Sparud Lundin
Examinator:	Linda Berg
Nyckelord:	Omvårdnad, typ 2 diabetes, personcentrering, gruppbaserad egenvårdsutbildning, välbefinnande, egenvård, stöd

Sammanfattning

Bakgrund: Typ 2 diabetes är en vanligt förekommande sjukdom med framtida risker för komplikationer. Hälso- och sjukvården behöver därför utveckla effektiva metoder för att minska dessa risker. Egenvårdsförmågan är viktig för att bibehålla hälsan hos dessa personer och en viktig uppgift för diabetessjuksköterskan är att stärka denna förmåga genom att erbjuda egenvårdsutbildning.

Syfte: Att utvärdera en personcentrerad och gruppbaserad utbildning för personer med typ 2 diabetes avseende välbefinnande, egenvårdsförmåga och stöd för egenvård.

Metod: Studien var en pilotstudie med en mixed-method design. Egenvårdsutbildningen bestod av fem träffar där sju personer med typ 2 diabetes deltog. Datasamlingen gjordes med hjälp av NDR:s Diabetesenkät, HbA1c-provtagning, utvärderingsenkät samt fokusgruppdiskussion. Utvärderingsenkäten analyserades deskriptivt och fokusgruppdiskussionen analyserades med en summativ innehållsanalys.

Resultat: Utvärderingen av den personcentrerade och gruppbaserade egenvårdsutbildningen visade att den påverkade välbefinnande, egenvård och stöd för egenvård på olika sätt hos deltagarna. Hos majoriteten skedde en förändring i positiv eller oförändrad riktning avseende välbefinnande (5 av 7), egenvårdsförmåga (6 av 7) och stöd för egenvård (7 av 7). HbA1c påverkades endast marginellt, men alla deltagarna låg under sitt målvärde efter egenvårdsutbildningen.

Slutsats: Personcentrerad och gruppbaserad egenvårdsutbildning kan ha positiva effekter vad gäller välbefinnande, egenvårdsförmåga och stöd för egenvård. De utvärderingsmetoder som använts i studien visar att en förändring skett hos deltagarna efter egenvårdsutbildningen och att de var nöjda med denna typ av utbildning. Utvärderingsenkäten och fokusgruppdiskussionen visar att deltagarna fått ökat välbefinnande, bättre egenvårdsförmåga och upplever att de får stöd för egenvård. Egenvårdsutbildningen behöver dock utvärderas i en fullskalig studie för att kunna påvisa vetenskaplig evidens för dess effekter.

Nyckelord: Omvårdnad, typ 2 diabetes, personcentrering, gruppbaserad egenvårdsutbildning, välbefinnande, egenvård, stöd

Abstract

Background: Type 2 diabetes is a common disease with risk for complications in the future. Therefore, the health-care must develop effective methods to minimize the risk. The selfcare-ability is important for maintaining health for people with type 2 diabetes. The diabetes nurse has an important task to strengthen that ability by offering selfcare education.

Aim: To evaluate a person-centred and group-based selfcare-education for people with type 2 diabetes considering wellbeing, selfcare-ability and support for selfcare.

Method: This study was a pilot-study with a mixed-method design. The selfcare-education consisted of five meetings and it included seven participants with type 2 diabetes.

The data-collection was performed using the Diabetes questionnaire developed by the NDR, HbA1c-testing, an evaluation questionnaire and a focus-group discussion. The evaluation questionnaire was analysed descriptive and the focus-group discussion were analysed with a summative content analysis.

Result: The evaluation of the person-centred and group-based selfcare-education shows that it has effect on wellbeing, selfcare-ability and support for selfcare in different ways. With most of the participants the changes were in a positive or unchanged direction regarding well-being (5 of 7), selfcare-ability (6 of 7) and support for selfcare (7 of 7). The HbA1c-testing was marginally affected, but all the participants were below their targets after the group-education.

Conclusion: Person-centred and group-based selfcare-education may have positive effects concerning wellbeing, selfcare-ability and support for selfcare. The evaluation methods that were used shows that the participants reported change after the group-education and that they were satisfied with this type of education. The evaluation questionnaire and the focus-group discussion show that the participants improved their wellbeing, selfcare-ability and experienced more support for selfcare. The selfcare-education needs to be evaluated in a full-sized study to be able to show scientific evidence of its effects.

Key-words: Nursing, type 2 diabetes, person-centredness, group-based selfcare-education, wellbeing, selfcare, support

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Typ 2 diabetes.....	1
Egenvård.....	3
Lärandet vid typ 2 diabetes.....	4
Egenvårdsutbildning	4
Individuell egenvårdsutbildning	4
Gruppbaserad egenvårdsutbildning	5
Internetbaserad egenvårdsutbildning	6
Kulturanpassad egenvårdsutbildning	6
Definition av begrepp	1
Välbefinnande	1
Egenvårdsförmåga	2
Stöd för egenvård.....	2
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE.....	7
METOD.....	7
Urval	7
Beskrivning av egenvårdsutbildningen	7
Träff 1 tema: Diabetes och kost	8
Träff 2 tema: Faktorer som påverkar blodsockret.....	8
Träff 3 tema: Fysisk aktivitet.....	8
Träff 4 tema: Att leva med diabetes.....	9
Träff 5: Uppföljning.....	9
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden.....	10
RESULTAT	11
Bakgrundsinformation	11
Diabetesenkäten.....	12

HbA1c före och efter egenvårdsutbildningen.....	15
Deltagarnas erfarenheter av välbefinnande egenvårdsförmåga och stöd för egenvård	15
Resultat från utvärderingsenkäten	18
DISKUSSION	19
Sammanfattning av resultat	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	20
Egna reflektioner.....	22
Slutsatser.....	22
Kliniska implikationer	22
Vidare forskning	23
REFERENSLISTA.....	23

Inledning

Typ 2 diabetes förekommer hos 4-5 % av den svenska befolkningen och andelen personer som lever med sjukdomen ökar ständigt (Landin-Olsson, Sjöberg & Mattsson, 2016). I hela världen lever 422 miljoner människor med någon form av diabetes (WHO, 2016). Risken för att drabbas av hjärtkärlsjukdom, njursvikt och förtida död är högre för dessa personer än personer utan sjukdomen (Agardh & Berne, 2011). Hälso-och sjukvården behöver därför utveckla effektiva metoder för att minska risken för sena komplikationer hos denna grupp (Socialstyrelsen, 2018). Egenvård är en stor del av behandlingen av typ 2 diabetes och metoder för att stödja personers egenvård är viktiga för att få positiva behandlingsresultat samt främja välbefinnande och hälsoutfall. Gruppbaserad egenvårdsutbildning är en metod som rekommenderas av Socialstyrelsen (2018), men få vårdenheter i Sverige erbjuder detta trots att det finns evidens för dess fördelar (SBU, 2009). I vårt arbete som diabetessjuksköterskor har vi sett att de personer med typ 2 diabetes som genomgått en gruppbaserad egenvårdsutbildning ofta är väldigt nöjda med den formen av utbildning. Vi har i en tidigare kurs under vår utbildning till specialistsjuksköterskor inom diabetesvård utformat en personcentrerad och gruppbaserad egenvårdsutbildning med fokus på deltagarnas behov och önskemål av innehåll. Fokus har varit på att ge utrymme för diskussion och reflektion kring upplevelser av att leva med diabetes. Utbildningen är utvecklad med stöd i vetenskaplig forskning om vuxenlärande. Denna egenvårdsutbildning vill vi genomföra och utvärdera i denna studie. Målsättningen är att resultatet ska kunna utgöra ett kunskapsbidrag och stöd till diabetessjuksköterskor som planerar och utvärderar personcentrerade och gruppbaserade egenvårdsutbildningar. Välbefinnande, egenvårdsförmåga och stöd för egenvård är viktigt för personer med typ 2 diabetes. Därför vill vi utvärdera hur en personcentrerad och gruppbaserad egenvårdsutbildning kan påverka dessa faktorer. I bakgrunden beskrivs innebörden av typ 2 diabetes, egenvård, lärandet vid typ 2 diabetes och egenvårdsutbildning.

Bakgrund

Definition av begrepp

Välbefinnande

Ett av omvårdnadens övergripande mål är att personen ska kunna uppleva välbefinnande (Orem, 1991). Tre betydelsefulla basbehov måste uppfyllas för att personen ska kunna uppleva välbefinnande. Dessa är självbestämmande, kompetens och gemenskap. Självbestämmande innebär att personen har förmågan och viljan att själv utföra en uppgift och att det finns valmöjligheter. När personen når ett uppsatt mål resulterar det i ökat välbefinnande och hälsa. Kompetens innebär en ökad säkerhet, vilket stärker självförtroendet och ökar därmed välbefinnandet. Det är också viktigt att vara del i en gemenskap där man känner samhörighet och respekterar varandra för att känna välbefinnande (Ryan & Deci, 2001).

Egenvårdsförmåga

Egenvårdsförmågan omfattar den kapacitet, förmåga och de möjligheter personen med typ 2 diabetes har för att kunna utföra sin egenvård. Det är en förmåga som personen skaffar sig över tid och som påverkas av olika faktorer i miljön (Orem, 1991).

Stöd för egenvård

Stödet för egenvård innefattar i detta arbete det stöd personen med typ 2 diabetes erhåller som ökar egenvårdsförmågan. Stödet kan komma från diabetessjuksköterskan, närstående eller andra personer i deras omgivning.

Typ 2 diabetes

Typ 2 diabetes är en sjukdom som ökar (Socialstyrelsen, 2018). Orsaker till typ 2 diabetes är ett samspel mellan genetiska faktorer och miljön. Risken för att drabbas av typ 2 diabetes ökar med 40% om personen med typ 2 diabetes har en förstegradsläkting med sjukdomen, men miljön har en avgörande betydelse för att sjukdomen ska bryta ut. Sjukdomen kännetecknas av en otillräcklig insulinproduktion samt insulinresistens vilket leder till förhöjda blodglukosvärden (Agardh & Berne, 2011). Insulinresistens innebär att det finns en nedsatt känslighet för insulin i målorganen, främst muskler, fett och lever. Till en början produceras stora mängder insulin, men på grund av insulinresistensen är mängden inte tillräcklig. När sjukdomen progredierar avtar så småningom insulinproduktionen och det är ofta det som händer när blodglukoskontrollen försämras över tid. De miljöfaktorer som påverkar mest är övervikt och fysisk inaktivitet. Typ 2 diabetes kan leda till sena komplikationer i form av skador på njurar, ögon, nerver och blodkärl. Skadorna uppkommer i de celler som inte är beroende av insulin för att ta upp glukos. Detta innebär att vid höga blodglukosnivåer förs för stora mängder glukos över till dessa celler och orsakar skada (Mulder, 2017). All behandling syftar till att nå så normala blodglukosnivåer som möjligt och minska andra riskfaktorer, som rökning, högt blodtryck och höga blodfetter. Detta för att förebygga sena komplikationer (Socialstyrelsen, 2018; Mulder, 2017). Om riskfaktorerna behandlas effektivt är risken för förtida död, stroke eller hjärtinfarkt i nivå med personer som inte har typ 2 diabetes (Rawshani m.fl., 2018).

Vid typ 2 diabetes kontrolleras glukoshalten i blodet genom blodproverna plasma-glukos och HbA1c för att utvärdera behandlingens effekt. Plasma-glukos visar aktuell blodglukoshalt. HbA1c speglar blodglukoskontrollen de senaste två till tre månaderna genom att räkna hur mycket glukos som fastnat på den röda blodkroppen under dess livstid (Landin-Olsson m.fl., 2016 & Socialstyrelsen, 2018). Ett individuellt målvärde för HbA1c bör sättas upp tillsammans med personen med typ 2 diabetes. Den medicinska blodglukossänkande behandlingen utgår från det målvärde för HbA1c som sattes vid diagnosen och olika faktorer i personens liv avgör vilken behandling som sätts in. Dessa faktorer kan vara ålder, hjärtkärlsjukdom eller njurpåverkan. Behandlingen måste ständigt omprövas då typ 2 diabetes är en progressiv sjukdom där insulinproduktionen gradvis minskar och kräver förändrad behandling över tid. Grunden för all behandling är tablettbehandling med Metformin som bör

sättas in till alla vid diagnos, så länge ingen kontraindikation finns. Grundbehandlingen kan sedan kombineras med olika typer av mediciner när målet för HbA1c inte uppnås trots behandling med Metformin. Sista steget i behandlingsarsenalen är insulin. Första steget vid insättning av insulin är oftast att sätta in ett långverkande insulin för att senare kombinera med ett snabbverkande måltidsinsulin. En insulinbehandling ställer höga krav på egenvårdsförmågan då det krävs kunskap kring uppföljning och sambandet mellan kost, motion och insulin samt förmåga att kunna utföra och förstå egenmätning (Läkemedelsverket, 2017).

Hälso- och sjukvården bör förutom glukossänkande behandling erbjuda behandling för höga blodfetter och högt blodtryck samt erbjuda stöd för rökstopp, viktnedgång och ökad fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2018). Socialstyrelsen (2016) betonar också vikten av ett personcentrerat förhållningssätt i vården. Enl. Ekman (2014) innebär personcentrering att man utgår från personens berättelse om upplevelser, resurser och hinder. Ett partnerskap bildas mellan personen och vårdaren där både personens kunskap och vårdarens kunskap respekteras. Tillsammans gör de en individuell hälsoplan som dokumenteras i patientjournalen.

Alla personer med diabetes i Sverige ska registreras i Nationella diabetesregistret, fortsättningsvis i arbetet kallat NDR, om samtycke finns. Medicinska behandlingar, provsvar, förekomst av komplikationer och livsstil registreras minst en gång per år, vilket medför en mycket hög täckningsgrad. År 2017 beräknades att 96,5% av Sveriges alla personer med diabetes blev registrerade. Målet med registret är att det ska ligga till grund för förbättringsarbete och forskning då det ger en fortlöpande kunskap om hälsoläget hos landets personer med diabetes. För att öka delaktigheten finns möjlighet för personen med diabetes att ta del av sina resultat via internet (NDR, 2018).

Egenvård

Mc Carley (2009) menar att motivation att öka sitt välbefinnande finns naturligt hos människor. Personens önskemål och strukturen på vården är viktiga och vilka insatser som ska göras beslutas om gemensamt. Socialstyrelsen (2013) beskriver att bedömning om egenvård kan utföras av personen med typ 2 diabetes ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Egenvård är ett preventivt arbete som innefattar allt som personer med typ 2 diabetes gör för att må bra trots att de har en livslång sjukdom. Wikblad (2012) beskriver att då ansträngningarna oftast ger effekt på lång sikt kan det vara svårt att hitta motivation eftersom ansträngningarna ofta verkar större än vinsterna. Därför är det viktigt att identifiera vilka faktorer som är viktiga för varje person och utforma utbildning i egenvård och stöd efter det så att de kunskapsluckor personen har kan fyllas i. Det krävs stora insatser av personer som lever med typ 2 diabetes för att anpassa sin livsstil till sjukdomen och därmed undvika och/eller minska risken för komplikationer i framtiden. Personer med typ 2 diabetes kan aldrig ta ledigt från sjukdomen och måste varje dag göra flertalet val som påverkar sjukdomsförloppet. Utvecklingen av egenvårdsförmågan hos personer med typ 2 diabetes är en ständigt pågående process och olika faktorer i personens livsvärld påverkar hur mycket av

kunskapen som kan omsättas i handling (Wikblad, 2012). Orem (1991) beskriver i sin omvårdnadsteori begreppet egenvård. Den kännetecknas av målinriktade aktiviteter som personen utför för att kunna överleva, ha hälsa och känna välbefinnande. Personens förmåga och möjligheter att utföra egenvård benämns som egenvårdskapacitet. Den är en förmåga som förvärfvas över tid och påverkas av olika faktorer i miljön. Finns hinder för egenvård kallas dessa för egenvårdsbrister vilket leder till svårigheter att hantera sin sjukdom. Egenvårdsbristerna i förhållandet till egenvårdsförmågan avgör vilken insats från diabetessjuksköterskan som behövs. Olika hjälpmetoder som undervisning, guidning och stöd kan användas i olika kombinationer för att tillgodose egenvårdsbehoven. Kunskap är en viktig del av egenvården för att förstå hur sjukdomen påverkar kroppen (Aagardh & Berne, 2011).

Lärandet vid typ 2 diabetes

Enligt Berglund (2011) innebär lärandet vid långvarig sjukdom ett livslångt sökande efter kunskap och förståelse. Drivkrafterna i denna process består av envishet, vilja och möjlighet att påverka sin livssituation. När ett nytt sätt att förstå och handla har införlivats i det dagliga livet har lärandet infunnit sig. Lärandet medför att hindren inte begränsar livet i samma utsträckning som tidigare. Nya hinder tillkommer dock ständigt vilket innebär att lärandet är en ständig process. Hantering av hotet mot identiteten och existensen kräver vid ett djupare lärande en medveten reflektion. För att inte hindra lärandet i ett vårdssammanhang är det betydelsefullt att förstå att livsvärlden är lärandets grundplattform. Johansson (2017) beskriver diabetessjuksköterskans roll som stödande i lärandet genom att inta en reflekterande hållning och därmed förstå att ansvaret för lärandet och integrationen av sjukdomen ligger på personen med typ 2 diabetes. Det innebär att personen måste lära in ett nytt sätt att fungera i vardagen och omvärdera sin kunskap. Jutterström m.fl. (2012) beskriver att personer med typ 2 diabetes behöver komma till en vändpunkt för att kunna integrera sin sjukdom i livet. Diabetessjuksköterskan kan underlätta denna process genom att diskutera känslomässiga och existentiella aspekter av att leva med diabetes. När personen med typ 2 diabetes kommer till en sådan vändpunkt ger den motivation att genomföra förändringar i livsstilen. Exempel på vändpunkter kan vara att inse och förstå hur allvarlig sjukdomen är eller att komma till insikt om att ansvaret för egenvården och förändring är deras eget.

Egenvårdsutbildning

Egenvårdsutbildning är en förutsättning för att behandlingen vid typ 2 diabetes ska fungera optimalt och därmed minska risken för komplikationer. Egenvårdsutbildning har en central roll när det gäller vården av personer med typ 2 diabetes (Socialstyrelsen, 2018). Den är också en förutsättning för att utveckla egenvårdsförmågan och känna trygghet i att leva med typ 2 diabetes. Det finns olika former av egenvårdsutbildning (Wikblad, 2012).

Individuell egenvårdsutbildning

Gruppbaserad utbildning passar inte alla och i de fall personen med typ 2 diabetes inte vill delta i gruppbaserad egenvårdsutbildning får de endast individuell utbildning. Detta har dock visat ringa effekt på HbA1c (SBU, 2009). Individuell utbildning ges vid alla möten med

läkare eller diabetessjuksköterska. Den är ofta ostrukturerad och utvärderas sällan. På en del enheter används en checklista för att kontrollera att information om alla viktiga områden ges. Orsaker till att inte delta i gruppbaserad egenvårdsutbildning kan enligt Bossy m.fl. (2017) vara att personen med typ 2 diabetes upplever sjukdomen vara stigmatiserande och inte vill identifiera sig med den eller att de vill vara oberoende och sköta sin sjukdom utan hjälp av andra. Winkley m.fl. (2015) fann att även bristande information kring den gruppbaserade egenvårdsutbildningens nytta eller att den inte var utformad på ett sätt som passade dem kunde vara andra skäl att inte delta.

Gruppbaserad egenvårdsutbildning

En gruppbaserad egenvårdsutbildning bör erbjudas personer med typ 2 diabetes och den ska ledas av personer med både ämneskompetens och pedagogisk kompetens för att ge bästa resultat. Goda kunskaper om sjukdomen och dess behandling, pedagogisk kunskap om vuxenlärande och engagemang är en förutsättning för att utbildningen ska få så positiva resultat på HbA1c-värdet som möjligt (Socialstyrelsen, 2018). För att diabetessjuksköterskan ska kunna utforma en personcentrerad egenvårdsutbildning är det värdefullt att känna till vad personen med typ 2 diabetes upplever som betydelsefullt (Hörnsten, 2004). Smith m.fl. (2016) beskriver att personer med typ 2 diabetes upplevde gruppbaserad egenvårdsutbildning som meningsfull genom att den ökade deras kunskap om egenvård och medförde social kontakt med andra i samma situation. Herre m.fl. (2015) fann i sin studie att deltagarna upplevde att de fick en mer nyanserad och djupare kunskap efter en gruppbaserad egenvårdsutbildning. I den studien fick deltagarna både teoretisk och praktisk utbildning vilket de upplevde ökade deras förmåga att hantera sjukdomen i sitt dagliga liv. Utbildningen gjorde dem mer medvetna om att de har en allvarlig sjukdom som de måste ta på allvar. Att få möjlighet att utföra praktiska moment tillsammans med vårdpersonal och andra med samma sjukdom gjorde att deltagarna hittade nya sätt att hantera de dagliga kraven på egenvård. Gruppdiskussioner har visat sig vara ett effektivt sätt att öka egenvårdsförmågan vilket gör dem lämpliga att ingå som moment i en gruppbaserad egenvårdsutbildning (Habibzadeh, Sofiani, Alilu & Gillespie, 2017). Fokus på diskussioner om hur personen upplever att leva med diabetes och problem som kan uppstå har positiva effekter på blodglukoskontrollen (Hörnsten, 2004). Boström m.fl. (2014a) beskriver att en personcentrerad interaktion mellan personen med typ 2 diabetes och diabetessjuksköterskan i gruppbaserad egenvårdsutbildningen stärker egenvårdsförmågan. De beskriver också att för mycket kunskap ibland kan vara skrämmande istället för stödande vilket gör det ännu viktigare att utbildningen är personcentrerad och utgår från deltagarnas behov. Stenov m.fl. (2017) menar att sjukvårdspersonal ofta är skolade i att inta en expertroll och fokusera på medicinska områden med en moraliserande underton under gruppbaserade egenvårdsutbildningar. Detta upplevs ofta negativt och skuldbeläggande av personer med typ 2 diabetes och de kan inte ta till sig all kunskap som förmedlas. En mer personcentrerad egenvårdsutbildning med öppna diskussioner där deltagarna reflekterar över olika aspekter av hur de lever med sjukdomen kan ofta upplevas mer lärorikt.

Internetbaserad egenvårdsutbildning

Internetbaserad egenvårdsutbildning har visat positiva effekter på blodglukosnivåer, kunskap om egenvård och matvanor. En fördel kan också vara att utbildningen är lättåtkomlig och deltagarna kan göra utbildningen i sin egen takt, men det krävs att interventionen är användarvänlig för att få resultat (Pereira, Phillips, Johnson & Vorderstrasse, 2015). Shen m.fl. (2018) har i sin metaanalys studerat hur internetbaserade interventioner påverkar den glykemiska kontrollen hos personer med typ 2 diabetes. De fann att de interventioner som hade inslag av utbildning tenderade att ge en bättre effekt än de som endast innefattade rapportering och återkoppling av mätvärden. Internetbaserad utbildning kan se olika ut och använda sig av både webbsidor och mobiltelefoner. Om återkoppling ges kan det vara i form av omedelbar återkoppling i programmet eller återkoppling i form av kontakt med vårdpersonal per telefon, via textmeddelande i mobiltelefon, videosamtal eller e-mail (Shen, m.fl., 2018). Utbildning kan också ges via webbaserade interaktiva program. Ett exempel på detta är HeLP-Diabetes som är en webbsida grundad på vetenskaplig forskning och innehåller kunskap om olika aspekter kring att leva med typ 2 diabetes i form av text och film, möjlighet att sätta upp mål, registrera och följa sina värden, dela erfarenheter i ett forum, få påminnelser och kognitivt stöd för att hantera sjukdomen. Att få tillgång till och använda webbsidan har visat positiva effekter på blodglukosnivåerna hos personer med typ 2 diabetes (Murray m.fl., 2017).

Kulturanpassad egenvårdsutbildning

Omkring 1,6 miljoner människor i Sverige är födda utanför Europa (Agardh & Berne, 2012). Typ 2 diabetes är vanligt hos personer från Mellanöstern, Afrika och Asien och ofta har de en genetisk predisposition som ger en betydande sämre blodsockerkontroll eller mer insulinresistens än personer födda i Sverige. Det är därför viktigt att beakta kulturella särdrag, men också att ha ett personcentrerat synsätt då alla från en kultur inte behöver ha samma uppfattningar eller behov av stöd och råd för att förändra levnadsvanor. Enligt Wikblad (2012) är det betydelsefullt med en kulturell medvetenhet hos diabetessjuksköterskan. Det innebär att ha kunskap om olika kulturella aspekter, utveckla en förståelse för olika etniska faktorer och ha en känslighet för att kulturen påverkar människor på olika sätt. Enligt de nationella riktlinjerna för diabetesvård bör kulturellt anpassad personutbildning i grupp erbjudas (Socialstyrelsen, 2018). Vid utformandet av egenvårdsutbildningen bör faktorer som språk, kost, livsstil och familjesammanhållning beaktas för att uppnå bästa möjliga resultat. Nam m.fl. (2012) beskriver i sin meta-analys att kulturellt anpassad egenvårdsutbildning visar positiva effekter på HbA1c.

PROBLEMFORMULERING

Typ 2 diabetes är en sjukdom som ökar och egenvård är av stor betydelse för att minska risken för komplikationer i framtiden. Detta är en stor utmaning då sjukdomen initialt ofta är asymtomatisk, men det är då de största insatserna krävs. En stor del av diabetessköterskans arbete innefattar att stötta personer med typ 2 diabetes till en ökad egenvårdsförmåga. Ett sätt

att göra det är att hålla gruppbaseade egenvårdsutbildningar på pedagogisk grund med personcentrerad inriktning. Egenvårdsutbildning kan vara individuell, internetbaserad, kulturanpassad eller gruppbasead, men ofta kombineras flera former av utbildning för att främja lärandet över tid. För att kunna utforma och anpassa personcentrerade egenvårdsutbildningar till deltagarnas behov är det viktigt med utvärdering. Vi vill i denna studie genomföra en personcentrerad och gruppbasead egenvårdsutbildning och utvärdera dess effekter.

SYFTE

Att utvärdera en personcentrerad och gruppbasead egenvårdsutbildning för personer med typ 2 diabetes avseende välbefinnande, egenvårdsförmåga och stöd för egenvård.

METOD

Studien är en pilotstudie som testar genomförbarhet av en personcentrerad gruppbasead utbildning i primär diabetesvård samt instrument för utvärdering av utbildningen. Deltagarna är för få för att utgöra tillräckligt statistiskt underlag. Om det visar sig att metoden faller väl ut kan en större studie med fler grupper göras i framtiden i syfte att utvärdera metodens effekt (Polit & Beck, 2017). En mixed-method design tillämpas där både kvantitativa och kvalitativa parametrar studeras. Vi har valt denna metod då vi vill få så rika data som möjligt för att undersöka hur egenvårdsutbildning påverkar personer med typ 2 diabetes och vilka metoder som kan användas för utvärdering.

Urval

Urvalsmetoden är ett strategiskt urval (Polit & Beck, 2017). Vid en vårdcentral tillfrågades 10 personer som hade fått diagnosen typ 2 diabetes de senaste åren, om de ville delta i en gruppbasead egenvårdsutbildning om diabetes. De tillfrågade var personer som hade önskat att få delta i gruppbasead egenvårdsutbildning men inte tidigare deltagit. Sju av dessa 10 personer tackade ja. Deltagarna var mellan 57 och 74 år och det var fyra kvinnor och tre män.

Beskrivning av egenvårdsutbildningen

Den personcentrerade egenvårdsutbildningen bestod av fyra träffar en gång per vecka samt en uppföljande träff sju veckor efter sista träffen. Varje träff varade två timmar och hade olika teman. Två diabetessjuksköterskor med pedagogisk kompetens ledde gruppen. De hade funktionen av handledare för att stödja deltagarna i processen att integrera sin sjukdom i livet. Utformningen av egenvårdsutbildningen gjordes med stöd av vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Den utformades under specialistsjuksköterskeutbildningen och var en examination i kursen "Lärande och egenvård vid diabetes".

En Powerpointpresentation användes som en röd tråd genom diskussionerna och innehållet i denna reviderades inför varje träff utifrån vad deltagarna ville veta mer eller mindre om. Under varje träff bjöds det på frukt och olika varianter av smaksatt vatten. Fokus låg på möjligheter till reflektion, att dela erfarenheter och diskussioner kring hur deltagarna upplever

sitt liv med diabetes för att öka gemenskapen och möjligheten att ge varandra stöd. Information och godkännande av sekretess inom gruppen gavs. Om en deltagare missade en träff fick de uppdatering på nästa träff eller via telefon eller brev. Deltagarna fick fylla i kunskapsutvärderingar (se bilaga 1) i början av utbildningen och formulera mål under utbildningens gång. I kunskapsutvärderingen finns också en skattningsskala med värden från 0-6 där deltagarna får fylla i hur de bedömer sitt läge vad gäller kunskap om diabetes före egenvårdsutbildningen. Kunskapsutvärderingen innehåller en fråga om vilka förändringar de redan gjort efter diagnos och en öppen fråga om vad de vill lära sig mer om. Tre av deltagarna hade börjat motionera, en hade gått ner i vikt och alla deltagarna hade gjort förändringar av kosten före egenvårdsutbildningen. De ville veta mer om kost och motion, hur kroppen påverkas av diabetes, vad som påverkar blodsockret, få tips från andra och öka kunskapen om diabetes. Deltagarnas mål och utvärdering av dessa noterades av gruppleddarna för att kunna följas i diskussionerna under egenvårdsutbildningens gång. Nedan följer beskrivning av struktur och innehåll för de olika träffarna.

Träff 1 tema: Diabetes och kost

Deltagarna fyllde i en kunskapsutvärdering och diskuterade kring vad de ville veta mer om. Då framkom också vad de inte ville veta mer om. Deltagarna fick information om kosten och dess betydelse vid typ 2 diabetes med utrymme för diskussioner och frågor. Provsmaaktning av smaksatt vatten för att illustrera alternativ till sötad dryck. Möjlighet att gå till affären för att titta på olika matvaror gavs, men deltagarna upplevde inget behov av det. De ville hellre diskutera olika matvarors lämplighet i gruppen. Deltagarna fick sätta upp ett mål relaterat till kosten. De fick ett häfte där de kunde fylla i mål, kostdagbok, blodsockerdagbok, aktivitetsdagbok och planering under utbildningens gång.

Träff 2 tema: Faktorer som påverkar blodsockret

Diskussion kring hur det gått med målen från förra träffen. Information och diskussion kring hur olika faktorer som stress, sömn och infektioner påverkar blodsockret. Alla deltagarna, som inte hade sedan tidigare, fick en blodglukosmätare för att kunna göra pedagogisk blodglukosmätning. En genomgång av hur mätaren används och hur och när blodglukosmätning utförs gjordes och deltagarna fick testa sig själva. Uppgiften till nästa träff var att testa blodglukos före och efter måltider och fysisk aktivitet för att se hur värdena påverkades.

Träff 3 tema: Fysisk aktivitet

Diskussion kring hur det hade gått med blodsockermätningen och hur deras värden påverkats av kost och motion. Information om den fysiska aktivitetens betydelse vid typ 2 diabetes med utrymme för frågor och diskussioner kring deltagarnas erfarenheter. Möjligheter gavs till att prova rörelser från ett träningsprogram utformat av fysioterapeut. Deltagarna fick sätta upp ett mål relaterat till fysisk aktivitet.

Träff 4 tema: Att leva med diabetes

Diskussion kring hur det gått med målen för fysisk aktivitet. Deltagarna fick prova att göra stoltestet. Stoltestet är ett enkelt konditionstest som innebär att man sätter sig och reser sig från en stol så många gånger man orkar på en minut. Testet kan sedan användas som träning eller för att utvärdera träning. Information och diskussion kring fotvård, att resa med diabetes, läkemedel vid diabetes, komplikationer, hur relationer påverkas och påverkar samt motivation. Läkemedelsinformationen fokuserades på Metformin, som alla i gruppen ordinerats, då de inte önskade någon mer ingående information om annan medicinering. Vid diskussionen om komplikationer fick deltagarna dela sina erfarenheter av hur de upplever och hanterar att leva med risken för komplikationer från typ 2 diabetes. Uppgiften till nästa träff var att fundera lite extra på hur de hanterat att leva med diabetes under julhelgerna och berätta om det vid uppföljningen.

Träff 5: Uppföljning

Vid denna träff spelades diskussionerna in på band för att kunna belysa ytterligare dimensioner av deltagarnas utvärdering av den gruppbaseade egenvårdsutbildningen. Diskussion i gruppen kring hur deltagarna haft det under julhelgerna. Provmakning av diabeteskaka och samtal kring recept och hemsidor. HbA1c provtagning och samtal och information kring deras målvärden och varför detta värde följs. Alla deltagarna hade likartade förutsättningar för bedömning av lämpligt HbA1c-värde och fick trots individuella bedömningar samma målvärde på under 45. En plan gjordes upp för fortsatta kontroller av HbA1c för varje deltagare. Diskussion kring resultaten i enkäten och deltagarnas upplevelser av att delta i en gruppbasead egenvårdsutbildning.

Datainsamling

NDR planerar att använda en enkät, kallad Diabetesenkäten (se bilaga 2), som en del i registreringen för patientrapporterat utfall för personer med diabetes. För närvarande pågår studier för att testa enkäten i praktiken (NDR, 2018). PROM står för patient reported outcome measures och PREM står för patient reported experience measures. Meningen med dessa är att belysa och dokumentera personens perspektiv och upplevelser av olika hälsoaspekter och fylls vanligtvis i av personen själv (Nilsson, Orwelius & Kristenson, 2016). Diabetesenkäten är baserad på resultat från en kvalitativ studie som belyser vad personer med diabetes upplever som viktigt för att kunna leva ett bra liv med diabetes (Svedbo-Engström, Leksell, Johansson & Gudbjörnsdottir, 2016). Diabetesenkäten är också validerad vad gäller innehåll och utseende och fortsatta studier görs om hur den ska användas och implementeras i vården (Svedbo-Engström m.fl., 2018). Diabetesenkäten har 33 frågor och belyser sju olika dimensioner. Den är uppdelad i två delar. Den första delen, PROM, med 21 frågor mäter hur personen med diabetes mår och hur det går att leva med diabetes. Den andra delen, PREM, innehåller 12 frågor och mäter vilket stöd man får av sjukvårdspersonal vad gäller diabetes. Fyra svarsalternativ finns på de flesta frågorna; mycket bra, ganska bra, ganska dåligt eller mycket dåligt. Vissa frågor har också alternativet inte aktuellt som svarsalternativ.

Diabetesenkäten mäter välbefinnande, hanteringsförmåga, hinder, stöd från andra och stöd från diabetesvården. Deltagarna fick fylla i Diabetesenkäten före och efter egenvårdsutbildningen. Svaren fylldes i av deltagaren direkt på NDR:s hemsida och resultaten hämtades därifrån i form av stapeldiagram med mätningar från före och efter egenvårdsutbildningen. Staplarna visar poäng i 14 olika områden från 0-100 där 100 motsvarar att deltagarna inte upplever några problem vad gäller aktuellt område och noll att det finns stora problem.

Deltagarnas HbA1c värden registrerades före och efter egenvårdsutbildningen. Även sociodemografiska variabler i form av kön, födelseår och arbetsförhållanden, samt diagnos år registrerades.

Deltagarna fyllde också i en utvärderingsenkät (se bilaga 3) med öppna frågor om hur de upplevt utbildningen och vad som förändrats efter genomförd egenvårdsutbildning. Denna lämnades ut vid fjärde träffen.

På den femte träffen spelades gruppdiskussionerna in på band och skrevs ner ordagrant.

Dataanalys

Deltagarnas svar beräknades i NDR med hjälp av en formel för Item Response Theory (IRT), vilket betyder latent egenskapsteori och resulterar i olika poäng i 14 olika områden. Borg m.fl. (2018) beskriver att en IRT-modell använts för att räkna om svaren på de 33 frågorna till de 14 områdena. Det är ett verktyg som omvandlar t ex attityder, förmågor eller egenskaper till statistiska mätvärden för att gradera dolda egenskaper eller dimensioner. En IRT-modell innehåller en matematisk ekvation där svaret på en fråga förväntas motsvara vissa dolda egenskaper. Dessa testas mot olika parametrar för att mäta dess reliabilitet innan frågeformulären börjar att användas (Polit & Beck, 2017).

Deltagarnas utvärderingar sammanfattades deskriptivt. En summativ innehållsanalys enligt Hsieh m.fl. (2005) genomfördes av de inspelade diskussionerna vid femte träffen för att identifiera olika aspekter av deltagarnas upplevelser av egenvårdsutbildningen och hur den bidragit till deras välbefinnande samt egenvårdsförmåga och stöd för egenvård. Innehållsanalysen identifierade utsagor som relaterar till dessa faktorer och delades in i olika områden som relaterar till frågorna i NDR:s Diabetesenkät.

Forskningsetiska överväganden

Före studiens start inhämtades godkännande från verksamhetschef på den vårdcentral där studien ägde rum. Även information om studiens upplägg lämnades. Deltagarna tillfrågades om deras uppgifter fick användas i en studie. De fick information om att de när som helst kunde meddela att de inte ville delta och att de ändå kunde fortsätta att delta på träffarna och få vård på samma sätt som innan (se bilaga 4). Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver inte vetenskapligt arbete som utförs inom ramen av

högskolearbete etikprövas, men måste ändå utföras med respekt för människovärdet. Samtycke från deltagaren måste finnas och den får bara utföras om dess vetenskapliga värde uppväger riskerna för deltagarna (WMA, 2018). I detta arbete bedöms riskerna för deltagarna vara små då studien är utförd inom ramen för ordinarie verksamhet. Känslomässiga aspekter har tagits hänsyn till och möjligheter till diskussion utanför gruppen har erbjudits. Personuppgifter har skyddats från obehöriga och kodats för att skydda deltagarnas integritet.

RESULTAT

Bakgrundsinformation

Bakgrundsinformation om deltagarna i egenvårdsutbildningen redovisas i Tabell 1.

Tabell 1: Bakgrundsinformation om deltagarna i egenvårdsutbildningen

Deltagare	Kön	Födelseår	Diagnos år	Pensionär	Civilstånd
1	Man	1961	2017	Nej	Gift
2	Kvinna	1953	2017	Ja	Gift
3	Man	1952	2016	Ja	Gift
4	Kvinna	1950	2016	Ja	Gift
5	Kvinna	1948	2018	Ja	Singel
6	Kvinna	1945	2017	Ja	Gift
7	Man	1944	2017	Ja	Särbo

Vilka träffar deltagarna deltog i rapporteras i Tabell 2.

Tabell 2 Sammanställning av vilka träffar varje deltagare närvarade vid

Deltagare	Deltog träff 1	Deltog träff 2	Deltog träff 3	Deltog träff 4	Deltog träff 5
1	x	x	-	-	-
2	x	-	x	x	x
3	x	-	x	x	-
4	x	x	x	x	x
5	x	-	x	x	x
6	x	x	x	x	x
7	x	x	x	x	x

Diabetesenkäten

Alla deltagarna fyllde i NDR:s diabetesenkät före kursens start och efter utbildningen. Resultatet från Diabetesenkäten redovisas i Tabell 3-5 med redovisning av rapporterat välbefinnande, egenvårdförmåga och stöd för egenvård före och efter egenvårdsutbildningen.

Tabell 3: Rapportering från Diabetesenkäten: Välbefinnande

VÄLBEFINNANDE	Deltagare	Före (n=7)	Efter (n=7)	Differens
Allmänt mående	1	80	80	0
	2	58	58	0
	3	100	100	0
	4	80	58	- 22
	5	58	80	+22
	6	37	37	0
	7	36	58	+22
Median (min-max)		58 (36-100)	61,5 (37-100)	
Stämningsläge och ork	1	100	84	-16
	2	63	59	-4
	3	100	84	-16
	4	69	63	-6
	5	86	75	-11
	6	82	86	+4
	7	50	67	+17
Median (min-max)		82 (50-100)	75 (59-86)	
Trygghet (fri från oro)	1	87	71	-16
	2	61	71	+10
	3	87	100	+13
	4	49	33	-16
	5	61	61	0
	6	100	81	-19
	7	40	61	+21
Median (min-max)		61 (49-100)	71 (33-100)	

Två av deltagarna hade ett bättre mående efter egenvårdsutbildningen, en hade ett sämre och fyra hade oförändrat mående. Stämningsläge och ork var mindre hos fem deltagare och hade ökat hos två deltagare. Tre av deltagarna upplevde minskad trygghet och tre av deltagarna upplevde en ökad trygghet efter egenvårdsutbildningen. En deltagare låg på samma nivå som innan.

Tabell 4: Rapportering från NDR: Egenvårdsförmåga

EGENVÅRDS FÖRMÅGA	Deltagare	Före (n=7)	Efter (n=7)	Differens
Hantera min diabetes	1	90	46	-44
	2	63	63	0
	3	72	86	+14
	4	63	63	0
	5	63	75	+12
	6	79	79	0
	7	40	69	+29
Median (min-max)		63 (40-90)	69 (63-86)	
Mat och motion	1	59	39	-20
	2	59	39	-20
	3	59	59	0
	4	55	77	+22
	5	77	100	+23
	6	39	24	-15
	7	39	59	+20
Median (min-max)		59 (39-77)	59 (24-100)	
Diabetes inget hinder	1	100	58	-42
	2	54	58	+4
	3	100	100	0
	4	58	75	+17
	5	100	100	0
	6	100	100	0
	7	43	43	0
Median (min-max)		100 (43-100)	75 (43-100)	
Blodsocker inget hinder	1	100	71	-29
	2	100	63	-37
	3	100	100	0
	4	44	44	0
	5	100	100	0
	6	100	100	0
	7	20	71	+51
Median (min-max)		100 (20-100)	71 (44-100)	

En deltagare upplevde minskad förmåga att hantera diabetes, tre upplevde ingen förändring och tre upplevde en ökad förmåga att hantera diabetes. Tre av deltagarna har ökat sin förmåga att hantera kost och motion, en har oförändrad förmåga och tre har försämrat sin förmåga. Två av deltagarna upplevde att diabetes var ett hinder före egenvårdsutbildningen, men efter egenvårdsutbildningen hade denna upplevelse minskat. Fyra av deltagarna upplevde inte att diabetes var ett hinder före utbildningen och tre av dem upplevde det inte efter heller. En deltagare rapporterade att diabetes var ett hinder efter egenvårdsutbildningen.

Tabell 5: Rapportering från NDR: Stöd för egenvård

STÖD FÖR EGENVÅRD	Deltagare	Före (n=7)	Efter (n=7)	Differens
Stöd från andra personer	1	73	49	-24
	2	-	96	-
	3	53	-	-
	4	49	79	+30
	5	53	-	-
	6	87	-	-
	7	27	50	+23
Median (min-max)		53 (27-87)	61,5 (50-96)	
Stöd från diabetesvården	1	78	62	-16
	2	79	100	+21
	3	100	100	0
	4	78	62	-16
	5	100	45	-55
	6	100	100	0
	7	44	79	+35
Median (min-max)		79 (44-100)	79 (45-100)	
Tillgänglighet	1	61	76	+15
	2	63	86	+23
	3	86	86	0
	4	63	72	+9
	5	63	76	+13
	6	100	100	0
	7	50	83	+33
Median (min-max)		63 (50-100)	83 (72-100)	
Tillgänglighet diabetessjuksköterska	1	64	76	+12
	2	62	82	+20
	3	82	82	0
	4	62	75	+13
	5	62	74	+12
	6	100	100	0
	7	46	81	+35
Median (min-max)		62 (46-100)	81 (74-100)	
Tillgänglighet läkare	1	61	62	+1
	2	62	61	+1
	3	87	87	0
	4	62	58	-4
	5	52	62	+10
	6	85	46	-39
	7	49	68	+19
Median (min-max)		65 (49-87)	62 (46-87)	
Kontinuitet	1	-	-	-
	2	90	90	0
	3	100	100	0
	4	40	40	0

	5	77	47	-30
	6	100	77	-23
	7	90	84	-6
Median (min-max)		90 (40-100)	80,5 (40-100)	
Hjälpmedel och mediciner	1	97	53	-44
	2	82	62	-20
	3	82	99	+17
	4	64	62	-2
	5	73	99	+26
	6	97	99	+2
	7	-	82	-
Median (min-max)		82 (64-97)	82 (62-99)	

Tre av deltagarna rapporterar ett minskat stöd från diabetesvården och fyra upplever ett ökat stöd. Fem av deltagarna rapporterar att tillgänglighet till diabetessjuksköterska förbättrats och två ligger på samma nivå som före egenvårdsutbildningen. Tre av deltagarna rapporterar att de är mer nöjda med läkemedelsbehandling och hjälpmedel efter egenvårdsutbildningen, en saknar rapporterat värde och tre är mindre nöjda.

HbA1c före och efter egenvårdsutbildningen

HbA1c kontrollerades vid två tillfällen. Resultatet redovisas i tabell 6.

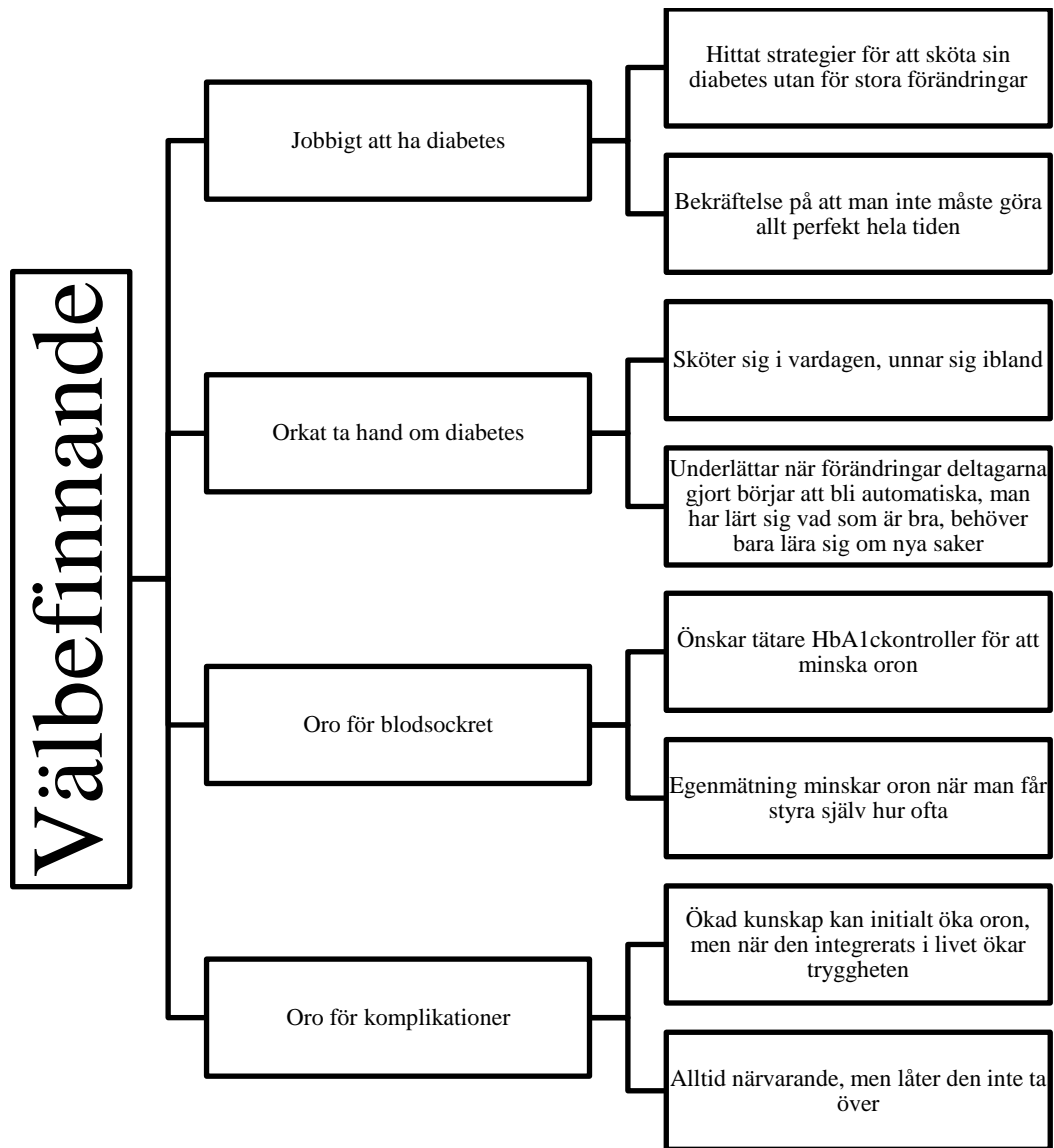
Tabell 6 Deltagarnas HbA1c före och efter egenvårdsutbildningen

Deltagare	HbA1c före (n=7)	HbA1c efter (n=7)	Differens
1	36	38	+2
2	43	40	-3
3	41	43	+2
4	41	43	+2
5	47	42	-5
6	38	39	+1
7	33	35	+2
Median	41 mmol/mol (33-47)	40 mmol/mol (35-43)	-1

Marginella skillnader i HbA1c-värde sågs. Fem av deltagarna har ökat 1-2 mmol/mol och två av deltagarna har sänkt HbA1c-värdet med 3-5 mmol/mol.

Deltagarnas erfarenheter av välbefinnande egenvårdsförmåga och stöd för egenvård

Resultatet av innehållsanalysen från gruppdiskussionen redovisas i form av figurer som illustrerar deltagarnas erfarenheter av välbefinnande (figur 1), egenvårdsförmåga (figur 2) och stöd för egenvård (figur 3) efter egenvårdsutbildningen.

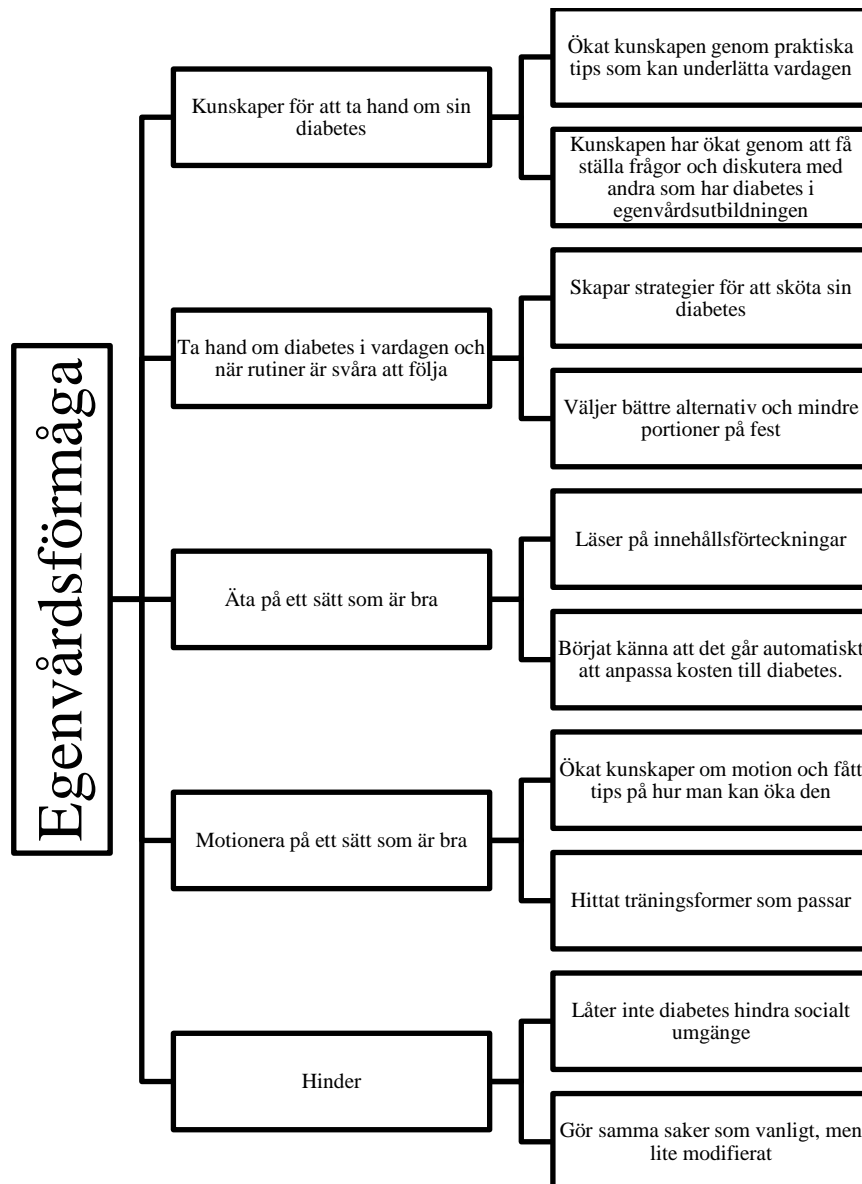


Figur 1. Deltagarnas beskrivningar av diabetesrelaterat välbefinnande efter egenvårdsutbildningen

Citat som belyser sammanställningen i figur 1:

”Jag brukar inte mäta så ofta för ett av mina problem är att jag vill ju inte vara sjuk, men om jag ska hålla på och mäta och greja så gör jag ju det. Men en gång i månaden ska jag kolla. Sist jag kollade hade jag 5,9 på morgonen. Det tyckte jag var bra. Då blev jag glad.”
(Deltagare 2, kvinna)

”Jag försöker faktiskt som du säger liksom i vardagen hålla nere de här grejorna vad jag äter och så. Tänka på vilket bröd och vad jag äter, men man måste ju leva också.” (Deltagare 6, kvinna)



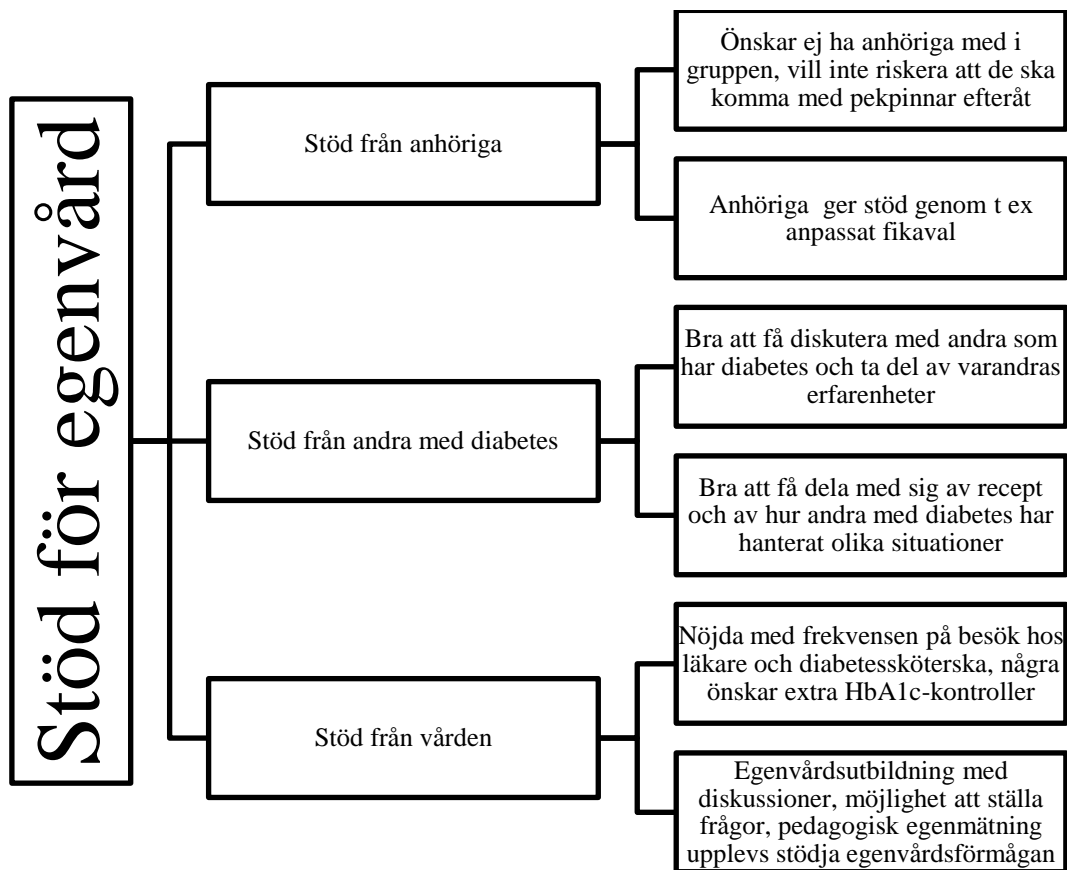
Figur 2. Deltagarnas beskrivningar av egenvårdsförmåga efter egenvårdsutbildningen

Citat som belyser sammanställningen i figur 2:

”När man inte vet någonting då vet man ju inte så mycket om det man inte vet. Man måste ju lära sig lite för att förstå att oj, vad mycket jag inte kan. Om man inte vet nåt så vet man inte heller om man gör fel” (Deltagare 6, kvinna)

” Man tänker ju på det hela tiden. Man har det i bakhuvudet så att det är inga problem, man gör det automatiskt” (Deltagare 6, kvinna)

” Vi började på ett gym som vi tycker är trevligt och fräscht, där trivs vi bra. Fördelen med gymmet är att vi kan gå oavsett väder. Har också träffat andra som jag pratar med och ibland fikar vi tillsammans efter träningen. Detta rekommenderar jag verkligen till andra.” (Deltagare 4, kvinna)



Figur 3. Deltagarnas beskrivningar av diabetes relaterat stöd för egenvård efter egenvårdsutbildningen

Citat som belyser sammanställningen i figur 3:

"Min son hade köpt semlor till oss och då hade han köpt en liten till mig." (Deltagare 4, kvinna)

" Man kan ju dela en semla eller köpa de små!" (Deltagare 6, kvinna)

" Eller så kan man ta en morot också" (Deltagare 7, man)

Resultat från utvärderingsenkäten

Deltagarna var mycket nöjda med innehållet i egenvårdsutbildningen och gav inga exempel på något som saknades. De upplevde att det var positivt att träffa andra i samma situation för att utbyta erfarenheter och ge varandra tips. Sex av sju deltagare beskrev att de föredrar gruppbaserad egenvårdsutbildning framför individuell utbildning, den sjunde att det går bra med vilket som. De delar av utbildningen som beskrevs som bra var att träffa andra i samma situation och få prata om sjukdomen, få tips från andra deltagare, få ta del av fakta om kosten och motionens betydelse, få möjlighet att ställa frågor och att mäta sitt blodsocker. Motivationen att motionera beskrevs ha ökat hos fyra av deltagarna och förbättring av kostvanor hos tre personer. Upplevelsen av att leva med typ 2 diabetes har efter egenvårdsutbildningen påverkats positivt för fyra av deltagarna, de är nu mer medvetna och känner en större trygghet. Tre deltagare beskrev ingen förändring i hur det är att leva med typ 2 diabetes. Egenvårdsutbildningen uppgavs ha påverkat förmågan att hantera sjukdomen då

det har varit ett utbyte mellan deltagarna som varit positivt för alla i gruppen. Alla deltagare tyckte att det gått bra att fylla i Diabetesenkäten.

DISKUSSION

Sammanfattning av resultat

Resultatet i studien påvisar att en personcentrerad och gruppbaserad egenvårdsutbildning under en begränsad period kan påverka välbefinnande, egenvård och stöd för egenvård på olika sätt. Hos majoriteten av deltagarna har förändring i positiv riktning skett. Utvärdering i form av Diabetesenkät, utvärderingsenkät och fokusgrupp-diskussion har alla visat förändringar av egenvårdsförmågan efter egenvårdsutbildningen. HbA1c påverkades endast marginellt, men alla deltagarna låg under sitt individuella målvärde efter egenvårdsutbildningen.

Metoddiskussion

Diabetessjuksköterskans arbetsområde är komplext och mångfacetterat och därför kan ett problemområde med fördel studeras med både kvalitativa och kvantitativa metoder det vill säga med mixade metoder (Henricson, 2017). För att belysa olika aspekter av utvärdering av egenvårdsutbildning gav denna metod kunskap på flera olika plan vilket gjorde att vald metod bedöms som lämplig för denna studie. En begränsning var att urvalet var litet vilket gör att överförbarhet och validitet är begränsad, men pilotstudiens resultat kan utgöra en grund för fortsatta studier med ett större och mer varierat urval vilket kan leda till ett mer generaliserbart resultat. Önskvärt hade varit att ha genomfört ytterligare en egenvårdsutbildning, men utrymme saknades inom ramen för studiens tidsplan.

Förförståelse hos gruppledarna fanns genom gedigen erfarenhet av den aktuella målgruppen och har beaktats under studiens gång. En av dem kände flera av deltagarna sedan innan, men den andra var okänd för gruppen. Fördelarna med att gruppledaren är känd är att det kan öka tryggheten och ge mer givande diskussioner. Nackdelen är att det kan vara svårare att inte lägga in värderingar och tolkningar relaterat till tidigare historia. Fördelen med en okänd gruppledare är att det blir lättare att tolka data mer objektivt utifrån det aktuella sammanhanget.

Resultatet från Diabetesenkäten är inte helt överensstämmande med övrigt resultat vilket kan bero på svårigheter att förstå frågorna, men också att enkäten kan vara svår att använda som utvärdering på gruppnivå. Däremot ses att den kan vara användbar som utvärdering på individnivå för att utvärdera egenvårdsutbildningens effekt hos den enskilde personen med typ 2 diabetes då skillnader före och efter interventionen kan ses. Att kunna se skillnader i svaren efter en intervention är också ett av syftena med Diabetesenkäten (Svedbo-Engström

m.fl., 2017). Dock behövs ett betydligt större urval för att kunna bedöma om Diabetesenkäten även är lämplig som utvärdering på gruppnivå och för att hitta skillnader mellan grupper.

Några av deltagarna deltog inte vid samtliga träffar och alla deltagarna fyllde inte i svar på alla frågor i Diabetesenkäten vilket innebär ett internt bortfall (Polit & Beck, 2017). De tre dimensionerna där svar saknades var stöd från andra personer, kontinuitet och hjälpmedel samt medicin. Detta påverkar studiens generaliserbarhet. En förklaring kan vara att deltagarna missuppfattat frågor. Om så är fallet skulle en tydligare genomgång av Diabetesenkäten före egenvårdsutbildningen möjligen ge en bättre svarsfrekvens. Vid en studie i större skala bör detta beaktas och korrigeras.

Häftet för mål- och dagboksanteckningar som delades ut vid gruppstart var inte optimalt i denna grupp. Deltagarna använde dessa i låg utsträckning och de kunde därför inte användas i resultatet. Detta berodde möjligen på att de redan hade påbörjat förändringar och några hade redan börjat att utforma mål. Hade debuten av typ 2 diabetes legat närmare egenvårdsutbildningen kanske man fått ett annat utfall. Häftet kan istället initieras vid första besöket hos diabetessjuksköterska efter nydebut och sedan följa med till den gruppbaseade egenvårdsutbildningen för att bli mer användbart även för personer som haft typ 2 diabetes en tid.

Deltagarna upplevde att det var många utvärderingar att fylla i under studien, vilket kan vara en synpunkt att ta med vid framtida gruppbaseade egenvårdsutbildningar och utforma utvärderingarna på ett enkelt sätt som inte blir en belastning för deltagarna.

Resultatdiskussion

Orem (1991) beskriver begreppet egenvårdskapacitet som innefattar personens möjligheter att utföra egenvård. Deltagarna i egenvårdsutbildningen har förbättrat sin egenvårdskapacitet under utbildningens gång genom både diskussioner och praktisk övning. Fem av sju deltagare hade samma eller högre egenvårdskapacitet efter egenvårdsutbildningen. Anledningen till att två av deltagarna har mindre egenvårdskapacitet efter egenvårdsutbildningen kan vara att de deltog vid färre tillfällen än de övriga deltagarna. Enl. Orem (1991) påverkar olika faktorer i personens miljö egenvårdskapaciteten och dessa två deltagare hade sociala omständigheter som kan ha påverkat deras egenvårdsförmåga.

HbA1c kan vara problematiskt att använda för utvärdering av en gruppbasead egenvårdsutbildning då det ofta finns flera andra faktorer som påverkar, som t.ex. medicinering eller stöd respektive hinder för egenvård från annat håll. I denna studie låg alla deltagarna på låga nivåer redan från start och julfirandet inträffade inom egenvårdsutbildningens tidsspann vilket kan ha påverkat utfallet. Påverkan på HbA1c är i denna studie marginell, men en positiv effekt är att alla deltagarna efter egenvårdsutbildningen ligger under sina individuella målvärden.

Många faktorer spelar in när det gäller lärandet vilket gör det svårt att hitta bra metoder för utvärdering som fungerar för alla. I resultatet noterades att vissa deltagare upplevde en minskad trygghet efter egenvårdsutbildningen. Bostöm m.fl. (2014a) beskriver att för mycket kunskap kan vara skrämmande istället för stödande vilket kan förklara detta resultat. Det kan även bero på var man befinner sig på Kompetenstrappan, också kallad Kunskapstrappan (SKL, uå). Denna modell beskriver fyra steg för hur lärande sker. I första steget är personen omedvetet inkompetent, det vill säga man vet ingenting om aktuellt ämne. På andra steget är personen medvetet inkompetent, det vill säga att man börjar bli medveten om ämnet i fråga och inser hur lite man vet om det, vilket kan vara frustrerande. På tredje steget är personen medvetet kompetent. Då har man lärt sig mycket om ämnet och börjat tillämpa sina kunskaper, men man måste koncentrera sig på att få det gjort. På fjärde steget är personen omedvetet kompetent. Då har man integrerat den nya kunskapen i sitt liv och tillämpningen sker automatiskt. Beroende på var en person med typ 2 diabetes befinner sig på trappan så kan den nya kunskapen man skaffat sig leda till otrygghet på steget där man är medvetet inkompetent, men om man börjar komma upp på steget där man är medvetet kompetent så medför ofta ny kunskap mer trygghet. Deltagarna som upplevde en ökad trygghet efter egenvårdsutbildningen kan ha befunnit sig högre upp på trappan och de som blev mer otrygga kanske befann sig på andra steget.

Berglund (2011) beskriver att lärandet innebär ett livslångt sökande efter förståelse och kunskap och drivkraften som för utvecklingen framåt är envishet, vilja och möjlighet att påverka sin livssituation. Resultatet visar att deltagarna efter egenvårdsutbildningen har kommit ytterligare en bit i sitt lärande och har börjat att integrera sin sjukdom i livet vilket inneburit att de börjat hitta strategier för att leva med sin sjukdom utan att låta den bli ett hinder. Detta stämmer överens med hur Jutterström m.fl. (2012) beskriver att personer med typ 2 diabetes måste omvärdera sin kunskap och lära in ett nytt sätt att leva i vardagen. Även Johansson (2017) beskriver att personen med typ 2 diabetes måste lära in ett nytt sätt att fungera i vardagen genom att omvärdera sin kunskap.

Alla deltagarna oavsett ålder tyckte att det gick bra att fylla i Diabetesenkäten på internet. Det är en indikation på att även många äldre aktivt använder internet idag. Flera av deltagarna hade hittat information om typ 2 diabetes på internet som de ville diskutera i gruppen. Då internetbaserad utbildning i egenvård enligt Murray m.fl. (2017) har visat positiva effekter skulle en kombinerad fysisk och internetbaserad utbildning med chatforum för deltagarna kunna vara ett sätt att bedriva egenvårdsutbildning i framtiden.

Alla deltagare var positiva till den personcentrerade och gruppbaseade egenvårdsutbildningen där diskussioner utgick från deras behov och de fick möjligheter att diskutera med andra i samma situation. Enligt Wiklund (2012) är det viktigt att identifiera vilka faktorer som är viktiga för varje person och utforma utbildning i egenvård och stöd efter det vilket vi hade som mål att göra under utbildningens gång. Gruppdiskussioner har visat sig öka egenvårdsförmågan i tidigare studier (Habibzadeh m.fl. 2017) och har även gjort det för

deltagarna i denna studie. Gruppledarna intog en reflekterande hållning och gav stort utrymme för diskussioner vilket uppskattades av deltagarna. Även de praktiska momenten var givande för deltagarna. Jutterström (2012) beskriver att personer med typ 2 diabetes behöver komma till en vändpunkt för att integrera sjukdomen i livet. Diskussioner med andra i samma situation under ledning av diabetessjuksköterska med pedagogisk kompetens kan ge stöd att lättare komma till en sådan vändpunkt.

Egna reflektioner

Det var en utmaning att ha ett personcentrerat förhållningssätt i egenvårdsutbildningen och få en balans mellan att utgå från deltagarnas behov och viljan att delge kunskap som vi tycker att deltagarna borde ha. Vi upplevde att det blev givande diskussioner och deltagarna blev mer aktiva när innehållet utgick från deras önskemål. Boström m.fl. (2014b) beskriver att diabetessjuksköterskor kan uppleva svårigheter att lämna expertrollen och övergå till ett mer personcentrerat förhållningssätt, men att när de väl gjorde det fick de en bättre relation till personen och blev mer engagerade i personernas dagliga liv vilket stämmer väl överens med hur vi upplevde att det var att leda en personcentrerad och gruppbaserad egenvårdsutbildning.

Slutsatser

Utvärderingen av den personcentrerade och gruppbaserade egenvårdsutbildningen visar att den kan ha positiva effekter vad gäller välbefinnande, stöd och egenvårdsförmåga. De utvärderingsmetoder som använts i studien visar att en förändring skett hos deltagarna efter egenvårdsutbildningen och att de var nöjda med denna typ av utbildning. Utvärdering är viktigt både för att utforma utbildningens innehåll, men också för att se att den ger önskad effekt. Diabetesenkäten är en bra metod för att utvärdera på individnivå då man ser att egenvårdsutbildningen påverkar utfallet, men frågorna kan vara svårtolkade och ger därför inte ett tydligt resultat som enkelt kan generaliseras. Utvärderingsenkäten och fokusgruppdiskussionen däremot visar tydligare att deltagarna fått ökat välbefinnande, bättre egenvårdsförmåga och upplever att de får stöd för egenvård. Genomförbarheten med studiens metod bedöms som fullt möjlig för en studie i större skala, dock med vissa modifikationer som att ge mer information om Diabetesenkäten före studien. En annan slutsats är att studien kan inspirera framtida studenter i specialistsjuksköterskeprogrammen att använda examinationer från tidigare delkurser som grund till magisterexamensarbetet. Detta ger en möjlighet att få genomföra sitt projekt i praktiken vilket medför en fördjupad förståelse för problemområdet.

Kliniska implikationer

Studiens upplägg och preliminära resultat kan vara värdefull kunskap för diabetessköterskor som håller i gruppbaserade egenvårdsutbildningar och vill göra dem så personcentrerade som möjligt. Den kan även ge förslag på metoder för utvärdering.

Vidare forskning

Då detta var en pilotstudie behövs en större studie med fler deltagare för att få tillräckligt underlag för att få evidens för hur en personcentrerad och gruppbaserad egenvårdsutbildning påverkar. I en större fortsatt studie skulle det kunna vara värdefullt att inkludera ytterligare information om deltagarna för att kunna bedöma om andra faktorer än egenvårdsutbildningen kan ha påverkat förändringar i riktning mot bättre välbefinnande, egenvårdsförmåga samt stöd för egenvård. Att kombinera den fysiska gruppbaserade egenvårdsutbildningen med internetbaserad utbildning eller uppföljande gruppträffar över en längre tidsperiod skulle också vara värdefullt att studera för att se om effekten på egenvårdsförmågan blir större och håller i sig över tid.

REFERENSLISTA

Aagardh, C-D. Berne C. (Red.). (2011). *Diabetes*. Stockholm. Liber.

Berglund, M. (2011). Att ta rodret i sitt liv: *Lärande utmaningar vid långvarig sjukdom*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap. Linnéuniversitetet. ISBN: 978-91-86491-76-5. Linneus university press.

Borg, S., Eeg-Olofsson, K., Palaszewski, B., Svedbo Engström, M., Gerdtham, U-G., & Gudbjörnsdottir, S. (2018). Patient-reported outcome and experience measures for diabetes: Development of scale models, differences between patient groups and relationships with cardiovascular and diabetes complication risk factors, in a combined registry and survey study in Sweden. *British Medical Journal Open*. doi:10.1136/bmjopen-2018-025033

Bossy, D., Knutsen, I. R., Rogers, A., & Foss, C. (2017). Group affiliation in self-management: support or threat to identity? *Health Expectations*, 20(1), 159–170. doi:10.1111/hex.12448

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Graneheim, U-H. & Hörnsten, Å. (2014a). Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Education and Counselling*, 94(2), 187-192.

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, &. (2014b). Patient-centred care in type 2 diabetes – an altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 675-682.

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik / Inger Ekman (red.)*.

- Habibzadeh, H., Sofiani, A., Alilu, L., & Gillespie, M. (2017). The Effect of Group Discussion-based Education on Self-management of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus Compared with Usual Care: A Randomized Control Trial. *Oman Medical Journal*, 32(6), 499–506. doi:10.5001/omj.2017.95
- Henricson, M. (Red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund. Studentlitteratur.
- Herre, A. J. Graue, M. Kollveit, B-C. H. Gjengedal. (2015). Experience of knowledge and skills that are essential in self managing a chronic condition – a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian journal of caring science*. 30, 382–390. Doi: 10.1111/scs.12260
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hörnsten, Å. (2004). *Experiences of diabetes care - patients' and nurses' perspectives*. Umeå University medical dissertations, 2004.
- Johansson, K (2017). *Reflektion, insikt och ansvar. Lärandet i att leva med diabetes*. (Doktorsavhandling). Växjö: Institutionen för hälso- och vårdvetenskap. Linnéuniversitetet. Linneus University Press.
- Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, &. (2012). Turning points in self-management of type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 9(2), 46-50.
- Landin-Olsson, M., Sjöberg, S., & Mattsson, C. (2016). *Utdrag ur Klinisk endokrinologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelsverket. (2017). *Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2 diabetes – behandlingsrekommendation*. Hämtad 18-11-23 från <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Information-fran-lakemedelsverket-nr-4-2017-behandlingsrekommendation.pdf>
- McCarley, P. (2009). Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manage their own care. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 36(4), 409-413.
- Mulder, H. (2017). *Diabetes Mellitus – ett metabolt perspektiv*. Lund. Studentlitteratur.

- Murray, E., Sweeting, M., Dack, C., Pal, K., Modrow, K., Hudda, M., . . . Patterson, D. (2017). Web-based self-management support for people with type 2 diabetes (HeLP-Diabetes): randomised controlled trial in English primary care. *British Medical Journal Open*, 7(9), e016009. doi:10.1136/bmjopen-2017-016009
- Nam, S., Janson, S. L., Stotts, N. A., Chesla, C., & Kroon, L. (2012). Effect of culturally tailored diabetes education in ethnic minorities with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(6), 505–518. doi:10.1097/JCN.0b013e31822375a5
- Nationella diabetesregistret (NDR). (2018). *Årsrapport för 2017*. Hämtad 2018-11-29 från https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_NDR_2017.pdf
- Nilsson, E., Orwelius, L., & Kristenson, M. (2016). Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. *Journal of Internal Medicine*, 279(2), 141-153.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: concept of practice*. (4th ed.). St. Louis, Missouri: Moseby Yearbook Inc.
- Pereira, K., Phillips, B., Johnson, C., & Vorderstrasse, A. (2015). Internet delivered diabetes self-management education: a review. *Diabetes Technology Therapeutics*, 17(1), 55-63. doi:10.1089/dia.2014.0155
- Polit, D. F. & Beck, T.N. (2017). *Nursing research- generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rawshani, A., Rawshani, A., Franzen, S., Sattar, N., Eliasson, B., Svensson, A. M. & Gudbjörnsdottir, S. (2018). Risk Factors, Mortality, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 379(7), 633–644. doi:10.1056/NEJMoa1800256
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-66.
- SBU. (2009). *Patientutbildning vid diabetes*. Hämtad 2018-12-03 från https://www.sbu.se/contentassets/cea67d2c011443a4a914556566fb08d0/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm. Utbildningsdepartementet. Hämtad 2018-12-31 från: <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk->

[forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460](#)

- Shen, Y., Wang, F., Zhang, X., Zhu, X., Sun, Q., Fisher, E., & Sun, X. (2018). Effectiveness of internet-based interventions on glycemic control in patients with type 2 diabetes: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5), e172. doi:10.2196/jmir.9133
- SKL. (uå). Kompetenstrappan. Hämtad 2019-01-26 från <https://skl.se/download/18.18efb8dc15a60e54b23d7e9f/1488470653068/Kompetenstrappan.pdf>
- Smith, C. McNaught, D.A. Meyer, S. (2016). Client perceptions of group education in the management of type 2 diabetes mellitus in South Australia. *Australian Journal of Primary Care*, 28, 360–367. Doi: org/10.1071/PY15008
- Socialstyrelsen (2013). *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömning av egenvård*. Hämtad 2019-03-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *En mer tillgänglig och patientcentrerad vård*. Hämtad 2018-11-30 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20115/2016-3-22.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård*. Hämtad 2018-11-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21113/2018-10-25.pdf>
- Stenov, V., Hempler, N., Reventlow, S., & Wind, G. (2017). An ethnographic investigation of healthcare providers' approaches to facilitating person-centredness in group-based diabetes education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 783-792.
- Svedbo Engström, M., Leksell, J., Johansson, U. B., Eeg-Olofsson, K., Borg, S., Palaszewski, B., & Gudbjörnsdottir, S. (2018). A disease-specific questionnaire for measuring patient-reported outcomes and experiences in the Swedish National Diabetes Register: Development and evaluation of content validity, face validity, and test-retest reliability. *Patient Education Counselling*, 101(1), 139-146. doi:10.1016/j.pec.2017.07.016

Svedbo Engström, M., Leksell, J., Johansson, U. & Gudbjörnsdóttir, S. (2016). What is important for you? A qualitative interview study of living with diabetes and experiences of diabetes care to establish a basis for a tailored Patient-Reported Outcome Measure for the Swedish National Diabetes Register. *British Medical Journal Open*, 6(3), E010249. doi: 10.1136/BMJopen-2015-010249

WHO. (2016). *Global report on diabetes*. Hämtad 2018-12-16 från:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=9CE25726F0CDADACFF0381FEDF388B49?sequence=1

Wikblad, K. (Red.). (2012). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund. Studentlitteratur AB.

Winkley, K., Ewriehoma, C., Amiel, S. A., Lempp, H. K., Ismail, K., & Forbes, A. (2015). Patient explanations for non-attendance at structured diabetes education sessions for newly diagnosed Type 2 diabetes: a qualitative study. *Diabetic Medicine*, 32(1), 120–128. doi:10.1111/dme.12556

WMA. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2019-02-22 från
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1

Kunskapsutvärdering inför grupputbildningen

Fylls i vid första träffen

Mottagning:

.....

Namn: Datum:

Mitt nuvarande HbA1c: Mitt målvärde:

..... HbA1c efter grupputbildningen.....

Datum.....

Efter det att jag fick diagnosen typ-2 diabetes har jag försökt förändra mina levnadsvanor inom kost och fysisk aktivitet eller annat, genom att:

Ringa in en siffra per påstående:

Min kunskap om typ-2 diabetes bedömer jag som

dålig 1 2 3 4 5 6 god

Min kunskap om min medicinska behandling vid typ-2 diabetes bedömer jag som

dålig 1 2 3 4 5 6 god

Min kunskap om hur jag bör äta bedömer jag som

dålig 1 2 3 4 5 6 god

Min kunskap om den fysiska aktivitetens betydelse vid typ-2 diabetes bedömer jag som

dålig 1 2 3 4 5 6 god

Min kunskap om följsjukdomar vid typ-2 diabetes bedömer jag som

dålig 1 2 3 4 5 6 god

Följande vill jag lära mig mer om:

Bilaga 2

Frågorna i NDR:s diabetesenkät:

Om hur du mår och hur du har det med din diabetes

Frågor om hur du mår

1. Hur har du mått rent allmänt de senaste fyra veckorna?
2. Hur har du sovit de senaste fyra veckorna?
3. Har du känt dig nedstämd de senaste fyra veckorna?
4. Har det känts jobbigt att ha diabetes de senaste veckorna?
5. Hur har du orkat att ta hand om din diabetes de senaste fyra veckorna?

Frågor om oro

6. Oroar du dig för att få för lågt blodsocker?
7. Oroar du dig för att ditt blodsocker ligger för högt?
8. Oroar du dig för att din diabetes kan orsaka andra sjukdomar eller skador på din kropp?

Frågor om dina möjligheter att ta hand om din diabetes

9. Hur tycker du att dina kunskaper är för att ta hand om din diabetes?
10. Hur fungerar det för dig att ta hand om din diabetes i vardagen?
11. Hur fungerar det för att ta hand om din diabetes när dina vanliga rutiner är svåra att följa?
12. Hur får du det att fungera med att äta på ett sätt som du tror är bra för dig?
13. Hur får du det att fungera med att röra på dig så mycket som du tror är bra för dig?

Frågor om hinder

14. Hindrar din diabetes dig från att göra det du vill?
15. Är din diabetes ett hinder i umgänget med familj, vänner och andra?
16. Hur ofta är du hindrad från att göra det du vill för att ditt blodsocker är för lågt?
17. Hur ofta är du hindrad från att göra det du vill för att ditt blodsocker är för högt?
18. Hur ofta är du hindrad att göra det du vill för att ditt blodsocker svänger mellan att vara för högt eller lågt?

Frågor om stöd från andra

19. Hur bra stöd för att ta hand om din diabetes får du från familj, vänner och andra som står dig nära?
20. Hur bra stöd för att ta hand om din diabetes får du från andra personer som du möter i din vardag? Vi syftar på bekanta, arbetskamrater och andra.
21. Hur bra stöd får du från andra som också har diabetes?

Om hur diabetesvården stödjer dig i att ta hand om din diabetes

Frågor om stöd från diabetesvården

22. Får du det stöd du behöver från diabetesvården?
23. Är det lätt att få kontakt med diabetesvården när du behöver hjälp med din diabetes?
24. Får du komma till sjuksköterska för din diabetes så ofta som du tycker att du behöver?
25. Får du komma på en tid som passar dig när du ska till sjuksköterska för din diabetes?

26. Får du om du vill, träffa samma sjuksköterska vid besöken för din diabetes?
27. Får du komma till läkare för din diabetes så ofta som du tycker att du behöver?
28. Får du komma på en tid som passar dig när du ska till läkare för din diabetes?
29. Får du om du vill, träffa samma läkare vid besöken för din diabetes?
30. Får du prata om det som är viktigt för dig vid besöken för din diabetes?

Frågor om hjälpmedel och medicinsk behandling

31. Hur nöjd är du med de hjälpmedel du har för att mäta ditt sockervärde?
32. Hur nöjd är du med de hjälpmedel du har för att ta insulin (till exempel insulinpenna eller insulinpump)?
33. Hur nöjd är du med den läkemedelsbehandling du har? Frågan avser alla läkemedel du tar.

Det finns fyra eller fem svarsalternativ på varje fråga enligt nedan.

Alternativ på frågorna 1,2,5, 9–13

- Mycket bra
- Ganska bra
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

Alternativ på frågorna 3,4,6–8, 14–18

- Mycket sällan eller aldrig
- Ganska sällan
- Ganska ofta
- Mycket ofta eller alltid

Alternativ på frågorna 22–30

- Ja, alltid
- Ja, oftast
- Nej, inte så ofta
- Nej, aldrig

Alternativ på frågorna 31–33

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Inte så nöjd
- Inte alls nöjd

Frågorna 19–21, 24–29 och 31–33 har också alternativet inte aktuellt.

I NDR sammanfattas frågorna i följande dimensioner som visas i staplar med poäng från 0–100 i följande områden:

Allmänt mående (fråga 1-2)

Stämningsläge och ork (fråga 3-4)

Trygghet (fri från oro) (fråga 6-8)

Hantera min diabetes (fråga 9-11)

Mat och motion (fråga 12-13)

Diabetes inget hinder (fråga 14-15)

Blodsockret inget hinder (fråga 16-17)

Stöd från andra personer (fråga 19-21)

Stöd från diabetesvården (fråga 22 & 30)

Tillgänglighet (fråga 23-25 & 27-28)

Tillgänglighet – sjuksköterska (fråga 23-25)

Tillgänglighet – läkare (fråga 23 & 27-28)

Kontinuitet (fråga 26 & 29)

Hjälpmiddel och medicin (fråga 31-33)

Bilaga 3

Utvärdering av grupputbildningen:

1. Vad har varit bra och vad tar du med dig från utbildningen?
2. Saknade du något eller var det något som var mindre bra?
3. Har utbildningen hjälpt till att öka din motivation för att göra förändringar i din livsstil och i så fall hur?
4. Hur har utbildningen påverkat hur du upplever att det är att leva med diabetes?
5. Hur tror du att utbildningen kan påverka din förmåga att hantera din diabetessjukdom?
6. Vad tyckte du om att fylla i Diabetesenkäten?
7. Är grupputbildning något som passar dig eller hade du tyckt att det varit bättre att bara få information individuellt?

Bilaga 4

Forskningspersonsinformation

Detta är en fråga till dig om du vill delta i ett forskningsprojekt

En gruppbaserad egenvårdsutbildning för personer med typ-2 diabetes

Förfrågan om deltagande:

Du har fått diagnos typ 2 diabetes och är därför tillfrågad om deltagande i studien.

Bakgrund

Vid typ-2 diabetes kommer du att följas av läkare och diabetessköterska på din vårdcentral. Det är av stort intresse att din vård kommer att vara utformad så bra som möjligt och efter dina egna önskemål så långt det är möjligt. Meningen med den här egenvårdsutbildningen som ska genomföras är att öka förståelsen för att planera och utvärdera en egenvårdsutbildning. Studien kommer att ge visst stöd för hur vården ska utformas för att ge bra resultat för deltagarna.

Hur går det till?

Efter förfrågan om ditt deltagande ifrån din diabetessköterska på din vårdcentral kommer du att få en inbjudan och du ska lämna ditt godkännande. Det är en grupp på ca 6-7 personer samt diabetessköterska som kommer att träffas 4 gånger. Det kommer att tas ett HbA1c, ett blodprov som visar långtidssockret, före utbildningen och sedan ett tag efter, för att göra en jämförelse av effekten av egenvårdsutbildningen. Före och efter utbildningen kommer du att fylla i en enkät på internet. Där besvarar du frågor om ditt liv med diabetes typ-2 och ditt välbefinnande. Du kommer också under studien diskutera och ha ett utbyte med de andra gruppdeltagarna. En pappersenkät ska besvaras om hur du har upplevt utbildningen. Det tar ca 15-20 minuter att fylla i den sista enkäten. Diabetesenkäten tar ca 30-40 minuter att fylla i. Pappersenkäten kan fyllas i hemma och sedan lämnas åter i kassan på vårdcentralen. Svaren från Diabetesenkäten kommer att kunna avläsas i nationella diabetesregistret (NDR) där du med personligt login fyller i dem. Vi kommer att träffas igen ca två månader efter sista gången för att diskutera och ta upp ytterligare frågor. Vid denna träff kommer gruppdiskussionerna att spelas in.

Vilka är riskerna?

Vi kan inte se några risker för ditt deltagande i den här studien.

Finns det några fördelar med ett deltagande?

Fördelen med en gruppbaserad egenvårdsutbildning är att den ökar kunskapen om typ-2 diabetes samt ger en insikt i hur andra upplever samma sjukdom. Fördelarna kan vara att egenvårdsutbildningen på vårdcentralen kommer att utvecklas och förbättras med hjälp av dina åsikter.

Hantering av data och sekretess

Dina svar och resultat kommer att behandlas så att ingen obehörig kommer kunna ta del av dem. De uppgifter du lägger in i datorn NDR lagras där. Namn och personnummer kommer att ersättas med en siffra. Endast ansvariga för studien känner till kodningen. EU-förordningen (GDPR) reglerar hanteringen av personuppgifter. Datamaterial kan sparas i 10 år så att det vid behov kan studeras. Det är endast forskarna i gruppen som har tillgång till deltagarnas personliga uppgifter. Alla uppgifter behandlas och förvaras så att inte obehöriga kan komma åt dem. Ansvariga för personuppgifter är Region Hallands. Du har också rätt att kostnadsfritt få tillgång till all data om dig som hanteras i studien. Vill du att data raderas kan du även begära detta. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om studiens resultat?

Du har rätt att få ta del av studieresultatet i sin helhet efter överenskommelse med studieansvariga.

Ersättning

Det kommer inte att utgå någon ersättning för deltagande i studien.

Frivillighet

Det är helt frivilligt och studiedeltagandet kan när som helst avbrytas utan att orsak behöver uppges. Det kommer ej att påverka kvaliteten på din framtida vård om du väljer att avbryta deltagandet.

Studieansvariga

Agneta Kristensson
Diabetessjuksköterska
0739-848165

Linda Fridén
Diabetessjuksköterska
0739-848159

Har du frågor kring studien och vill veta något mer innan du bestämmer dig kan du kontakta någon studieansvarig.