

ATT TACKA NEJ TILL ERBJUDEN GRUPPUNDERVISNING

En fenomenografisk intervjustudie

TO DECLINE PARTICIPATION IN GROUP EDUCATION

A phenomenographic interviewstudie

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin År 2019

Författare: Bäckström, Annelie
Persson, Ylva

SAMMANFATTNING

Titel:	Att tacka nej till erbjuden gruppundervisning – En fenomenografisk intervjustudie
Författare:	Bäckström, Annelie; Persson, Ylva
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	DESJA Specialistsjuksköterskeprogram – Diabetessjuksköterska 60hp Examensarbete i omvårdnad – diabetessjuksköterska A1E 15hp OM809A
Handledare:	Andersson, Susanne
Examinator:	Berglund, Mia
Sidor:	24
Nyckelord:	Diabetes typ 2, egenvård, fenomenografi, gruppundervisning, lärande

Bakgrund: Då en patient drabbas av långvarig sjukdom som Diabetes typ 2 uppstår ett behov av kunskap för att hantera sin sjukdom. Tidigare forskning visar att gruppundervisning till patienter med diabetes typ 2 sänker HbA1c vilket i sin tur minskar risken för komplikationer. Problemet är att alla inte erbjuds grupputbildning och ett annat problem är att en betydande andel tackar nej till erbjuden utbildning.

Syfte: Syftet var att beskriva uppfattningar om gruppundervisning hos patienter med diabetes typ 2 som valt att avstå erbjuden gruppundervisning.

Metod: Nio semistrukturerade intervjuer analyserades med en fenomenografisk metod. Intervjuerna analyserades genom sju steg för att få fram uppfattningar om hur patienter med diabetes typ 2 som valt att avstå erbjuden gruppundervisning resonerar.

Resultat: Analysen resulterade i två kvalitativt skilda beskrivningskategorier sett ur ett patientperspektiv: en möjlighet att dela erfarenheter med andra i samma situation men med risk att ”blotta” sig själv och sin sjukdom i en grupp med okända samt att formen för lärande och kunskap inte är anpassat till patientens specifika behov och prioriteras inte då sjukdomen inte uppfattas som allvarlig.

Konklusion: En möjlig förståelse av resultatet är att gruppundervisning inte passar alla utan en variation av former för undervisning krävs så att patienter kan få den undervisning som de själva uppfattar som kunskapsgivande, i passande tid och form.

ABSTRACT

Title:	To decline participation in group education - A phenomenographic interview study
Author:	Bäckström, Annelie; Persson, Ylva
Department:	School of Health and Education, University of Skövde
Course:	Master Degree Project in Nursing – Diabetes Care A1E 15 ECTS OM809A
Supervisor:	Andersson, Susanne
Examiner:	Berglund, Mia
Pages:	24
Keywords:	Group education, perceptive, phenomenography, self-management, type 2 diabetes

Background: When a patient suffers from long-term illness such as type 2 diabetes, there is a need for knowledge to deal with their illness. Earlier research shows that group education for patients with type 2 diabetes is of significance for, among other things, HbA1c, which in turn reduces the risk of complications. However, the main problem with group education is that not all patients are offered to participate and that a significant percentage of those that are invited to group education sessions decline the offer.

Aim: The purpose was to describe perceptions of newly diagnosed patients with type 2 diabetes to refrain from offering group instruction.

Method: Nine semi-structured interviews have been analysed by using a phenomenographic approach. The interviews were analysed through seven steps to unveil the perceptions of group education in people with type 2 diabetes which chose to renounce the offered group education.

Results: The analysis resulted in two different categories of descriptions seen from a patient perspective: an opportunity to share experiences with others in the same situation but with the risk of “exposing” themselves and their illness in a group with unknown and the form of learning and knowledge is not adapted to the person’s specific needs and is not prioritized when the disease is not perceived as serious.

Conclusion: A possible understanding of the result is that group education does not suit everyone but a variety of form of education are required so that the patients can get the education that themselves perceive as giving knowledge, in appropriate time and form.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Diabetes	1
En tillbakablick	1
Symtom och riskfaktorer	1
Behandling	2
Komplikationer.....	2
Personcentrerad vård.....	3
Egenvård	3
Diabetessjuksköterskans kompetens och ansvar	4
Lärandet	5
Gruppundervisning.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval	7
Datainsamling.....	8
Analys	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	11
En möjlighet att dela erfarenhet med andra i samma situation men med en risk att "blotta" sig om sig själv och sin sjukdom i grupp med okända	11
Formen för lärande och kunskap är inte anpassat till personens specifika behov och prioriteras inte då sjukdomen inte uppfattas som allvarlig	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Konklusion	19
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	19
REFERENSER	20

Bilagor:

1. Informationsbrev till verksamhetschef
2. Informationsbrev till deltagare
3. Samtyckesblankett
4. Frågeunderlag

INLEDNING

Vid nyinsjuknande i diabetes typ 2 uppstår ett behov av kunskap, enligt tidigare forskning bör patienter erbjudas att delta i gruppundervisning (SBU 2009). Trots detta är det känt att endast 20 % blir erbjudna denna form av undervisning vid Sveriges vårdcentraler (Husdal, Karlsson, Eliasson, et al., 2018). Gruppundervisning är ett alternativ för patienter med diabetes typ 2 att lära sig mer om sin sjukdom tillsammans med andra som också har fått diabetes typ 2. Enligt egen erfarenhet är det många av patienterna som tackar nej till att delta i erbjuden gruppundervisning. Detta trots att kunskap om sjukdom och behandling krävs för att kunna klara av den egenvård som sjukdomen kräver. Forskning saknas om varför patienter väljer att tacka nej till gruppundervisning. Därmed saknas viktig kunskap som kan bidra till förståelsen för hur det erbjudandet uppfattas och varför en del patienter väljer att avstå. De bakomliggande faktorerna till att patienter tackar nej väckte vårt intresse för denna studie. Denna kunskap kan vara betydelsefull i erbjudandet av grupputbildning och i mötet med de patienter som väljer att avstå.

BAKGRUND

Diabetes

En tillbakablick

Diabetes härstammar från det grekiska ordet *diabainein* vilket betyder genomgående och beskriver ett sjukdomstillstånd där ökad mängd vätska passerar genom kroppen och *mellitus* betyder söt och tillkom när det upptäcktes att patienternas urin smakade sött (förr i tiden så smakade läkarna på urinen när de skulle sätta diagnos). Det betyder att ökade urinmängder innehåller socker. Sjukdomen kan vara lika gammal som människan själv. Under århundraden präglades behandlingen av vanmakt och okunskap. Ett exempel är att patienterna uppmanades att äta socker. Först under det sena 1800-talet blev behandlingarna mer ändamålsenliga och en rad olika dieter infördes exempelvis svält- och fettkurer, men dessa var plågsamma för flera patienter. År 1921 när insulinet upptäcktes förändrades bilden för patienter med diabetes, med hjälp av injektioner blev den obotliga sjukdomen behandlingsbar (Ajanki, 1999).

Symtom och riskfaktorer

Diabetes delas in i typ 1 och typ 2. Typ 1 debuterar oftast under barn- och ungdomsåren och typ 2 debuterar från yngre medelåldern och uppåt i åldrarna. Symtom på diabetes kan vara trötthet, ökad törst, ökade urinmängder, ökad miktionsfrekvens, dimsyn och klåda i underlivet (Mulder, 2017). Vid diabetes typ 2 är det en markant nedsatt insulinkänslighet i levern och de perifera vävnaderna i kombination med gradvis avtagande betacellsfunktion (Lindgren, Engström-Laurent, Karasson & Tiensuu Jansson, 2017). Hos de som är nydiagnostiserade med diabetes typ 2 syns tydligt att de i yngre medelåldern, det vill säga mellan 40 - 50 år, har den mest ogynnsamma riskprofilen vad gäller livsstil och i den åldern har de oftast övervikt när de får sin diagnos.

Flertalet av dessa patienter saknar farmakologisk blodsockersänkande behandling de tre första åren efter diagnos, vilket inte stämmer överens med de riktlinjer som är satta för behandling av diabetes typ 2 (Steinarsson, Rawshani, Gudbjörnsdottir, Franzén, Svensson & Sattar, 2018). Det finns studier som visar att faktorer som övervikt, bukfetma och fysisk inaktivitet ökar risken för att utveckla diabetes typ 2. Hos de flesta utvecklas sjukdomen smygande och utan några påtagliga symtom, såsom ökad trötthet, ökade urinmängder, ökad törst, nedstämdhet mm. Vid debuten är det inte ovanligt att patienten uppvisar tecken på ett så kallat metabolt riskfaktorsyndrom för hjärt-kärlsjukdomar och ateroskleros. Dessa patienter har ett stort behov av att förändra sina vardag och levnadsvanor.

Behandling

Hörnpelarna i behandlingen vid diabetes typ 2 är fysisk aktivitet och förändringar i kosten. När inte det är tillräckligt eller om patienten lider av övervikt rekommenderas behandling med peroral antidiabetika. Vid denna behandling är hypoglykemi ovanligt då leverns glukosproduktion minskar. Vissa individer tolererar dock inte denna behandling på grund av gastrointestinala biverkningar såsom buksmärta, illamående och diarré. Andra preparat som stimulerar insulinfrisättningen och motverkar blodsockerstegring efter måltid finns då som alternativ. Om glukoskontrollen inte kan upprätthållas med peroral antidiabetika bör andra antidiabetika sättas in på exempelvis insulin. Vid fortsatt behandling är det läkaren som tillsammans med diabetessjuksköterskan ansvarar för att patienten får individanpassad behandling och att de nationella riktlinjerna följs för en patientsäker vård. Patienter med diabetes typ 2 tas om hand inom primärvården i möjligaste utsträckning. Patienter med diabetes typ 2 skall erhålla en adekvat medicinsk behandling varför diabetessköterskan bör ges möjlighet att utföra dosjusteringar av befintlig behandling utifrån resultaten av patienternas glukosmätningar och HbA1c (Sörman, 2012).

Komplikationer

De komplikationer som kan uppstå vid diabetes är påverkan i de små blodkärlen som finns i ögon, njurar och hjärta, dessa komplikationer beror på ett förhöjt blodsockervärde under lång tid. Neuropati och svårläkta sår på exempelvis fötter och ben, är också problem som förknippas med diabetes. Diabetes kan också ge sexuell nedsättning hos både man och kvinna. De är sällan livshotande på samma sätt som komplikationerna i stora blodkärlen (Cardoso, Leite, Moram & Salles, 2018).

Komplikationer i de stora blodkärlen är en allvarlig konsekvens av diabetes typ 2. Det innebär att artärer och vener åderförkalkas snabbare. Åderförkalkning innebär att det blir en pålagring av fett, blodkroppar och bindväv på blodkärlens insida. Komplikationer i stora blodkärl är en allvarlig konsekvens av diabetes typ 2. I hjärtat kan det leda till kärlkramp och i benen claudicatio intermittens. På längre sikt kan det leda till gangrän (kallbrand) vilket beror på att cirkulationen i benen blir akut nedsatt. En annan fara med arteroskleros i blodkärlen är att det där lättare bildas små blodproppar som kan stoppa blodflödet och ge upphov till hjärtinfarkt och stroke som ökar risken att dö för tidigt vid diabetes typ 2 (Ljung, Olsson, Rask & Lindahl 2012). Förutom det personliga lidandet som drabbar patienter med diabetes typ 2 är samhällets vårdkostnader för kardiovaskulära komplikationer höga och utgör en mycket stor del av de totala kostnaderna för sjukdomen (Einarson, Acs, Ludwig & Panton, 2018).

Personcentrerad vård

Grunden i personcentrerad vård är värden som respekt för patienten, den enskildes rätt till självbestämmande, ömsesidig respekt och förståelse. Att noggrant och strukturerat lyssna till patientens berättelse innebär en möjlighet att bli medveten om vilken kunskap patienten har om sig och sin sjukdom, om vilka förutsättningar och hinder som finns för att nå hälsa. Inom omvårdnad som akademiskt ämne har relation mellan vårdare och patient betonats, vilket är en viktig del av den personcentrerade vården vilken beskrivs ha sitt ursprung inom humanistisk psykologi (Lepp & Leksell, 2017). En patientcentrerad läroprocess är en förutsättning för de förändringar av livssituationen som sjukdom och behandling kan innebära och som i sin förlängning ska resultera i bibehållen eller förbättrad hälsa och livskvalitet (Kneck, 2015). Patienter har enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen rätt till information och delaktighet i sin vård och behandling, och att vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten (SFS 2017:30). En förutsättning för att patienten ska kunna vara med och utforma sin vård och fatta egna beslut är enligt lagen att patienten får den information om sin sjukdom och behandling som krävs. Enligt Hörnsten, Sandström och Lundman (2004) så har sjukvårdspersonal och patient olika föreställningar om och attityder till egenvård och behandling, vilket kräver att diabetessjuksköterskan behöver ta reda på mer om patientens erfarenheter för att förstå och kunna motivera till egenvård, vilket även Ekman et al (2011) beskriver i sin artikel om personcentrerad omvårdnad.

Egenvård

Patienten har enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen rätt till information och delaktighet i sin vård och behandling, och att vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten (SFS 2017:30). En förutsättning för att patienten ska kunna vara med och utforma sin vård och fatta egna beslut är enligt lagen att patienten får den information om sin sjukdom och behandling som krävs. Orem (2001) menar att omvårdnadens mål är att hjälpa patienten till självständighet och har byggt sin teori kring tre centrala begrepp: egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Egenvård handlar om de aktiviteter som patienten självständigt utför för att upprätthålla sin egen hälsa. Egenvårdskapaciteten är den förmåga patienten har att upprätthålla hälsa och välbefinnande och den varierar med bland annat ålder, hälsotillstånd, livserfarenhet och andra resurser. Egenvårdsbrist innebär att en patient är i behov av omvårdnad och uppstår när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet. Teorin om omvårdnadssystem beskriver olika omvårdnadssituationer som kan uppstå, när någon är i behov av hjälp (omvårdnad) och det finns någon annan som har förmågan att hjälpa. Denna förmåga kallas omvårdnadskapacitet och innebär att kompensera en individs egenvårdskapacitet, helt eller delvis. Då egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att tillgodose behovet av egenvård, innebär att patient bör göras delaktig i sin egen vård så långt som möjligt. Det yttersta syftet är att patienten ska vara trygg och kunna hantera sin nya livssituation (Orem, 2001). Stenberg, Haaland-Øverby, Fredriksen, Westerman och Kvisvik (2016) skriver i sin studie att gruppundervisning leder till att uppmuntra patienten i sin egenvård och för vårdpersonalen att stödja patienterna. Patienten upplevde gruppundervisning fördelaktig på grund av att de hade färre symtom och att de fick en ökad medvetenhet om sin sjukdom. De upplevde att de fick en ökad kunskap om sjukdomen och vad den innebär för deras vardag. I en studie av Ljung, Olsson, Rask och Lindahl (2012) framhålls att patienter som deltar i gruppundervisning genomgår en utvecklingsprocess som fördjupar förståelsen av sitt egenansvar för sin hälsa och att förbättra sin färdighet när det gäller att finna stöd i andra personer. Tre olika processer kunde spåras; den

holistiska uppfattningen, personligt ansvar och gruppundervisning som tillsammans återspeglar den viktigaste delen av patientens erfarenhet av sin sjukdom. Det framkom att patienten har ansvar för sin egenvård och att det är de som beslutar om sina förändringar när det livsstilsförändringar. Diabetessjuksköterskan finns där som ett stöd för patienten.

Diabetessjuksköterskans kompetens och ansvar

Enligt svensk förening för diabetessjuksköterskor i diabetesvård (SFSD, 2017) finns det en arbetsbeskrivning om som ligger på en diabetessjuksköterskas ansvar för att säkerställa arbetsuppgifterna och att kompetensnivån säkerställs på den enhet som diabetessjuksköterskan är verksam. Vilket bland annat innebär att när det gäller omvårdnad ge stöd i det dagliga livet till våra patienter med diabetes och att visa respekt för patientens egna val i samband med sin sjukdom. Diabetessjuksköterskan ska vara ett stöd för patienten när det gäller egenvård och livsstilsåtgärder som behöver vidtas, men bör också vara uppmärksam på vilka konsekvenser sjukdomen har för patienten i vardagen. Både individuell undervisning och gruppundervisning bör erbjudas patienter som nyligen fått sin diagnos diabetes typ 2. Diabetessjuksköterskan ska också leda, planera och organisera enhetens mottagning samt vara med och stödja och utveckla diabetesteamet på enheten genom att samverka med ansvarig läkare och andra berörda vårdgivare inom kommun och landsting.

Diabetessjuksköterskan i primärvården har en viktig funktion i att undervisa och stödja patienter med diabetes typ 2 för att de ska kunna hantera sin sjukdom. För att kunna ge ett professionellt stöd bör diabetessjuksköterskan utgå från patients individuella behov. Professionellt stöd innebär att i sitt yrkesutövande styrs av det som gynnar patienten och inte av egna behov och känslor, Diabetessjuksköterskan ska möta patienten med respekt, medmänsklighet och empati (Holm, 2001). Viktigt är också att diabetessjuksköterskan är medveten om sina egna brister i kommunikationen mellan patienten, exempelvis finns en risk i att diabetessköterskan är för informativ när det gäller sjukdom och behandling, istället för att fokusera mer på att lyssna till och uppmuntra patienten. En tillfredsställande interaktion kan stärka patienten till att fatta bra beslut om sin egenvård, något som även stärker diabetessjuksköterskan i sin professionella funktion (Boström, Isaksson, Lundman, Graneheim & Hörnsten, 2014). Ugur, Demir och Akbal (2015) påtalar att det krävs att diabetessjuksköterskan ska vara kunnig inom diabetesbehandling för att kunna kompensera de områden som patienten själv inte klarar av och tillsammans ska de utveckla förmågan hos patienten till egenvård då det är diabetessjuksköterskan som ska stödja patienten i sin diabetesbehandling och livsstilsförändringar. Det första mötet mellan diabetessjuksköterskan och patienten, där diabetessjuksköterskan har ett inflytande och påverkan, kan bli avgörande för hur patienten ser på sin sjukdom och hur förtroendet till diabetessjuksköterskan blir. Diabetessjuksköterskan ska stödja patienten att ta hand om sin diabetes genom att sätta gemensamma mål att sträva efter. Johansson, Österberg Almerud, Leksell och Berglund (2018) beskriver för att kunna ge detta stöd bör diabetessjuksköterskan inta en taktfullhet och utmanande hållning, våga konfrontera rädslor och andra känslor och acceptera att ansvaret för att lära sig och integrera sjukdomar i vardagen ligger hos patienten. Det innebär att stödet behöver vara anpassat till patientens önskemål och dennes behov, liksom förmågan att förstå information och att göra förändringar. Det innebär att en personcentrerad vård krävs för att nå dit och att patienten får stöd i sitt lärande om sin sjukdom för att kunna hantera sin vardag.

Lärandet

Verbet lära kommer från fornsvenska ordet læra vilket betyder lära och lära sig (Hellquist, 1980). Allt lärande och tillägnande av kunskaper tar sin utgångspunkt i livsvärlden. Att leva innebär att vara i ett historiskt, kulturellt och socialt sammanhang, vilket tillsammans med patienten bildar en enhet som formar dennes vardag, som också kan förstås som erfarenhetsvärld. Tillägnandet av kunskaper och lärande är först och främst individuellt genom att det börjar i patientens tidigare erfarenheter, men lärandet sker också i samvaro med andra där erfarenheter delas (Ockleford, Shaw, Willars & Dixon-Woods, 2008). Enligt Berglund (2011) så framkommer det i lärandeprocessen inte fokus på sjukdomen utan mer på hur hinder i vardagen kan övervinnas. Patient och vårdare har olika förståelse och perspektiv på sjukdomen vilket är en viktig insikt i lärandet. Det kan beskrivas som ett inifrån – utifrånperspektiv enligt Thorne och Patersson (2000). Detta innebär att ett inifrånperspektiv är hur patienten upplever och förstår sin vardag och utifrånperspektivet innebär vårdarens förståelse utifrån ett medicinskt synsätt.

Lärande och undervisning kan ses i två dimensioner, dels som att lära ut, dels som att lära sig. Lära ut betyder att undervisa, visa och utbilda någon annan. Lära sig betyder att patienten själv är aktiv att inhämta kunskap vilket sker genom erfarenheter och insikt. Lära sig handlar också om att lägga sig till med en vana, vilket kan ske såväl aktivt som passivt (Berglund, 2012). En utmaning för patienter med diabetes typ 2 är att ta ansvar för sitt eget lärande genom att vara öppen, nyfiken och lyhörd för att förvärva kunskapsinläring från andra, uppleva och utvärdera sin egen åtgärd (Johansson, Österberg Almerud, Leksell & Berglund, 2018). Ett alternativ till att förvärva kunskap och utbyta erfarenheter med andra i samma situation är att delta i gruppundervisning.

Gruppundervisning

Patientundervisning kan ske både i grupp och enskilt beroende på vad patienten föredrar och vad som erbjuds. Vid enskild patientundervisning enligt SBU (2009) så innebär det att patienten och diabetessjuksköterskan, eller läkare, möts enskilt för att diskutera vad sjukdomen innebär av behandling och egenvård, vilka hjälpmedel det finns och vilken egenvård som krävs för att patienten ska må bra i sin vardag. Personcentrerad undervisning men även gruppundervisning har långvarig effekt på HbA1c (Jutterström, Hörnsten, Sandström, Stenlund & Isaksson, 2016). Diabetessjuksköterskan har stor betydelse för patienten genom att utbilda, stödja och möjliggöra förändrade levnadsvanor för att uppnå bättre hälsa (Boström, Isaksson, Lundman, Graneheim, & Hörnsten, 2014).

Diabetessjuksköterskan och patienten kan ha olika föreställningar om och attityder till egenvård och behandling. Detta innebär att diabetessjuksköterskan behöver ta reda på mer om patientens erfarenheter för att förstå patientens villkor och motivera till egenvård (Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004). Andra sätt att stödja lärande kan ske genom IT-baserad utbildning via dataprogram, sms (short message service), webbsidor eller telefon som man kan använda sig av i kontakten mellan patienten och diabetessjuksköterska/läkare. Vid gruppundervisning erbjuds patienten att delta i undervisning tillsammans med andra patienter med diabetes typ 2. Gruppens storlek kan variera beroende på hur många som väljer att delta, men en lagom gruppstorlek är sex till åtta patienter enligt SBU (2009). Undervisningen är strukturerad med olika inriktningar och det förutsätter att patienten deltar aktivt i de diskussioner som uppstår i gruppen.

Gruppundervisning bygger på psykologiska och/eller pedagogiska teorier/kunskaper om vuxnas lärande.

Sökning gjordes huruvida det finns någon forskning om det studerade fenomenet. Inga studier om patienter som nyligen fått diabetes typ 2 och som valt att avstå erbjudande om gruppundervisning och deras uppfattningar om detta kunde hittas. Däremot finns det forskning gjord på vilka effekter gruppundervisning har för patienterna och vilka olika utbildningsmodeller det finns för dessa patienter. En modell som använts i England till patienter med nydebuterad diabetes typ 2 visar också på detta. Modellen som användes heter DESMOND och står för Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed (Ockleford, Shaw, Willars & Dixon-Woods, 2008, Khunti, Gray, Skinner, Carey... et al., 2012). Odger-Jewell, Isenring, Thomas och Riedlinger (2017) nämner att gruppundervisning är mer effektiv när det gäller det pedagogiska innehållet och att det landar i både mer effektivitet i lärandet och att det är mer kostnadseffektivt med gruppundervisning.

Ett sätt att använda sig av evidensbaserad patientundervisning är att använda den som ett komplement till den erfarenhet som patienten har av sin sjukdom. Det kommer nya rön hela tiden som rör diabetesvården, men att hänsyn tas till vilka förutsättningar den enskilde patienten har. Det som fungerar på en patient, fungerar med stor sannolikhet inte på en annan. När diabetes blir en del av vardagen så är det viktigt att patienten ges möjlighet till att hantera den utifrån sina egna förutsättningar. Evidensbaserad omvårdnad innebär att problemen definieras, genom att se vad som behöver förbättras och att därefter söks vetenskapliga bevis i den forskning som finns. En utvärdering ska göras av det som inte fungerar bra eller ger önskad effekt vid behandling ska ändras, men det som går bra förändras inte och när detta är gjort ska en utvärdering göras (Wikblad, 2012).

Gruppundervisning som leds av en diabetessköterska tillsammans med andra professioner, exempelvis dietist, uppskattas av de patienter som deltar. Det är enligt Sörman (2012) bra för patienten att träffa andra patienter som nyligen diagnostiserats med diabetes typ 2. Oftast finns funderingar kring sin egen diabetes som man kan prata med de andra patienterna om och samtidigt så utbyter man en del erfarenheter med varandra Sörman (a.a.) påtalar vidare att vid träffarna bör inte enbart sjukdomen vara i fokus utan patienterna bör ges möjlighet att diskutera de känslor som har uppkommit i samband med sin diagnos, stressen de upplever i sin vardag med sin sjukdom, egenvårdsmål som är satta och vilket stöd de har från sina anhöriga och övriga vänner.

PROBLEMFORMULERING

När det bekräftas att en patient drabbats av en kronisk sjukdom, såsom diabetes typ 2, ställs patienten inför förändringar i sitt liv. Det innebär en utmaning för patienten vilket kan medföra svårigheter som att förstå sin sjukdom och vad den innebär. För att patienten ska kunna leva ett så bra liv som möjligt med sin sjukdom så krävs kunskap om sjukdomen och dess konsekvenser. Gruppundervisning kan vara ett stöd och trygghet i patientens nya situation och dessutom ge kunskap om sjukdom och dess behandling. Gruppundervisning har visat sig bidra med en känsla av att inte vara ensam med sin diabetessjukdom. Trots de positiva resultat som finns av gruppundervisning erbjuds inte alla patienter att delta i undervisning i grupp och av de som erbjuds delta är det många patienter som väljer att avstå. Vad är det då som gör att patienter med nydiagnostiserad diabetes typ 2 avböjer att delta i gruppundervisning? Syftet med denna studie är att försöka ta reda på uppfattningar om gruppundervisning hos de som valt att tacka nej och på så sätt bättre förstå varför patienten väljer att tacka nej.

SYFTE

Syftet var att beskriva uppfattningar om gruppundervisning hos patienter med diabetes typ 2 som valt att avstå erbjuden gruppundervisning.

METOD

Design

En fenomenografisk forskningsmetod valdes som lämplig för att besvara syftet. Att beskriva hur människor uppfattar något i en viss situation kan vara centralt då uppfattningar av ett fenomen behöver klargöras för att öka förståelsen av fenomenet. Studien har en induktiv kvalitativ ansats och beskriver uppfattningar om fenomenet som avses studeras (Marton, 1989). Fenomenografi har fokus på att beskriva en variation av uppfattningar av ett fenomen, i detta fall uppfattningar om gruppundervisning vid diabetes typ 2. Metoden som bland annat används inom omvårdnadsforskning ger en beskrivning av variationer av uppfattningar. Genom att uppfattningarna beskrivs och kommuniceras kan de förstås av andra (Marton, 1981). Människors uppfattningar kan särskiljas i första och andra ordningens perspektiv. Första ordningens perspektiv kan förklaras av hur fenomenet beskrivs av forskaren på ett mer objektivt sätt, hur något är, medan den andra ordningens perspektiv kan beskriva hur världen uppfattas av andra personer ur ett subjektivt perspektiv, hur någonting uppfattas vara, de bakomliggande sätten att erfara fenomenet. Beskrivningar av skillnader och likheter i hur omvärlden uppfattas, hur människor skiljer sig i hur de erfar sin omvärld, utgör det grundläggande resultatet i en fenomenografisk studie (Marton, 1981).

Urval

Urvalet har varit ett målinriktat urval av de patienter som uppfyller kriterierna för deltagande (Polit & Beck, 2016). Alla patienter vid en vårdcentral i Västra Götaland blir erbjudna gruppundervisning, under en viss tidsrymd har tillfrågats om deltagande i studien. För att möta kravet på variation har både män och kvinnor i varierande ålder mellan 45–77 år, oavsett behandling, inkluderats i studien. Studien har avgränsats till de som fått sin diagnos diabetes

typ 2 under hösten/vintern och tidig vår 2017/2018 vid aktuella vårdcentraler. De inkluderade patienterna har erbjudits att delta i grupputbildning genomförd under våren 2018 på en vårdcentral i Västra Götalandsregionen, men valde att avstå erbjudandet. Icke svensktalande personer har exkluderats.

Erbjudandet om att delta i gruppundervisning gick ut till 24 patienter som nyligen diagnostiserats med diabetes typ 2. Två patienter exkluderades då de inte var svensktalande och i behov av tolk. Kvar blev 22 patienter som inkluderades till studien. Till 22 patienter skickades ett informationsblad ut via brev om studien och en samtyckesblankett bifogades. Nio patienter tackade ja till inbjudan. Kontakt med de nio deltagarna togs för att bestämma tid och plats för intervjuerna. Av nio deltagare är fem män och fyra kvinnor i åldrarna 51–77 år med olika utbildningsnivåer och civilstånd (tabell 1).

Tabell 1 Socio-demografisk översikt av informanterna

	<i>Man/Kvinna N=</i> <i>5 män,</i> <i>4 kvinnor</i>	<i>Ålder</i> <i>vid</i> <i>intervju</i>	<i>Diabetesduration</i> <i>vid intervjutillfälle</i>	<i>Civilstånd</i>	<i>Utbildning</i>
1	Kvinna	77 år	10 mån.	Sambo	Realskola
2	Man	67 år	17 mån.	Sambo	Yrkesskola
3	Man	67 år	11 mån.	Särbo	Yrkesskola
4	Man	51 år	24 mån.	Gift	Gymnasium
5	Man	54 år	16 mån.	Ensamstående	Grundskola
6	Kvinna	74 år	10 mån.	Gift	Grundskola
7	Man	53 år	10 mån.	Gift	Gymnasium
8	Kvinna	68 år	11 mån.	Sambo	Gymnasium
9	Kvinna	56 år	24 mån.	Gift	Gymnasium

Datainsamling

För att beskriva patienters uppfattningar om fenomenet valdes semistrukturerade intervjuer. Som underlag inför intervjuerna fanns en intervjuguide med frågeområden och kompletterande fördjupande följdfrågor. Intervjun inleds enligt Marton (1981) med en öppen fråga som leder in patienten till att reflektera över det aktuella fenomenet. Intervjuaren bör ha en öppenhet för olika uppfattningar för att kunna nå den andra ordningens perspektiv. Genom att ställa frågor som gång på gång för patienten tillbaka till det fenomen som står i fokus på så vis kan andra ordningens perspektiv beskrivas och förstås.

Den aktuella studien görs inom ramen för ett projekt vid Högskolan i Skövde där en intervjuguide med frågeområden framarbetats (bilaga 4). En pilotintervju genomfördes inledningsvis (exkluderades), den användes endast för att öva på rollen som intervjuare och bli bekväm med utrustningen. Intervjuerna spelades in på en diktafon, intervjuerna varade mellan 20–30 minuter. Alla intervjuer utfördes på den vårdcentral som patienterna var listade på efter informanternas önskemål. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum där inga störande ljud eller andra störande moment förekom. Möjlighet gavs patienterna att tänka och tala fritt samt att vid behov ta en paus. Vidare lämnades information om att inga svar var rätt eller fel (Sjöström och

Dahlgren, 2002). Vid intervjuernas start inhämtades bakgrundsdata om deltagarna, såsom duration av diabetes typ 2, ålder, civilstånd samt utbildningsnivå. Intervjuerna numrerades från ett till nio och det inspelade materialet transkriberades ordagrant till löpande text som utgjorde underlaget från vilken dataanalysen gjordes.

Analys

Fenomenet som studeras var uppfattningar om gruppundervisning vid diabetes typ 2. Dahlgren och Fallsbergs (1991) beskrivning av fenomenografiska analys i sju steg har används vid analysen av materialitet (tabell 2). Utifrån dessa steg analyserades uppfattningarna från intervjupersonerna fram. De uppfattningar som framkom kategoriserades först i underkategorier och sedan i beskrivningskategorier (tabell 3).

Tabell 2 De sju stegen i analysen

Bekantgörandefas	Det insamlade materialet läses igenom ett flertal gånger i syfte att göra texten bekant. Dessutom lyssnades intervjuerna igenom ett flertal gånger i syfte att höra nyanser och uttryck.
Kondenserandefas	Uppfattningar som svarade på studiens syfte identifierades för att ge ett representativt och kondenserat urval över det beskrivna fenomenet från intervjuerna.
Jämförandefas	Den kondenserade texten jämfördes för att identifiera likheter och skillnader och dess variationer.
Grupperandefas	Uppfattningar med liknande innebörd grupperades.
Tydliggörandefas	Preliminära försök att beskriva det gemensamma inom grupperingarna genomfördes. Denna fas och fasen att gruppera uppfattningar med liknande innebörder gjordes om ett flertal gånger för att analysen skulle svara mot fenomenet ifråga.
Rubricerandefas	Underkategorier namngavs efter att likande uppfattningar grupperats.
Kontrastivfas	Underkategorierna jämfördes för att på så sätt säkerställa det unika i varje kategori. Uppfattningarna i underkategorierna granskades också de på nytt för att se om de kunde passa in under flera underkategorier.

Etiska överväganden

Denna studie följer forskningsetiska principer enligt Vetenskapsrådet (2002). Etiska överväganden vid en studie styrs av fyra grundläggande krav som benämns informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa riktlinjer innefattar etiska principer för att skydda informanter som har medverkat i studien. Denna studie är godkänd av

regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr: 442–15) och följer den lag som finns (SFS 2003:460). Denna lag innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. Den innehåller också bestämmelser om samtycke till sådan forskning. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning.

För att få tillträde till forskningsfältet kontaktades verksamhetschefen på berörd vårdcentral personligen. Information samt samtycke, skriftligt och muntligt lämnades till verksamhetschef där studiens syfte och genomförande tydligt framgick till verksamhetschef som därefter samtyckte till studiens genomförande. Muntlig och skriftlig information lämnades till patienterna som deltog, där studiens syfte och genomförande tydligt framgick. I samband med informationen betonades att deltagandet var frivilligt och att patienten när som helst kunde avbryta utan att det påverkade framtida vård. Möjlighet gavs att välja plats och tid för genomförande av intervjuerna och alla valde vårdcentralen. Patienterna i studien informerades också om hur materialet skulle hanteras och att endast intervjuerna samt deras handledare hade tillgång till datamaterialet. Vid intervjutillfället med patienten gavs informationen på nytt och ett skriftligt samtycke skrevs under. Intervjuerna spelades in och det inspelade materialet hölls inlåst för obehöriga. Inspelade data används endast för denna studie och förvaras så att ingen utomstående kommer åt materialet under 10 år. Intervjuerna avidentifieras och kodas med ett nummer för att skydda patientens identitet (SFS 2003:460).

RESULTAT

I analysen av fenomenet ”uppfattningar om gruppundervisning hos patienter med diabetes typ 2 som valt att avstå erbjudande om gruppundervisning” framkom följande beskrivningskategorier och underkategorier (tabell 3) vilka svarade på studiens syfte.

Tabell 3 Beskrivningskategorier och underkategorier

Beskrivningskategorier	Underkategorier
En möjlighet att dela erfarenhet med andra i samma situation men med en risk att ”blotta” sig om sig själv och sin sjukdom i en grupp med okända	<ul style="list-style-type: none">• En möjlighet att dela erfarenheter och lära av andra i samma situation• Ett sätt att få redskap för att hantera sitt liv med sjukdom• En möjlighet att möta andra med samma sjukdom, ”att inte vara ensam”• Finns en risk att ”blotta” sig om sig själv och sin sjukdom i en grupp med okända• Osäkerhet kring innehållet
Formen för lärande och kunskap är inte anpassat till patientens specifika behov och prioriteras inte då sjukdomen inte uppfattas som allvarlig	<ul style="list-style-type: none">• Uppfattas inte som angeläget då sjukdomen inte ger symtom• Uppfattar sig ha tillräckligt med kunskap även om kunskap är bra att ha och uppfattas positivt• Prioriteras inte då undervisningen tar tid från annat som arbete, familj med mera• Uppfattar att den ger en generell kunskap inte personanpassad• Individuella möten med diabetessjuksköterskan uppfattas tryggare och mer flexibelt

En möjlighet att dela erfarenhet med andra i samma situation men med en risk att ”blotta” sig om sig själv och sin sjukdom i grupp med okända

Gruppundervisning uppfattas som en möjlighet till att få dela erfarenheter och lära av andra i samma situation av de som inte har deltagit i gruppundervisning. Gruppundervisning anses ge möjlighet till att få en ökad kunskap om sjukdomen. Det uppfattas också vara viktigt att dela erfarenheter med andra i liknade situationer om situationer som uppkommer i vardagen. En patient uttryckte det som:

...kunskap är alltid bra...tror inte att det är fel på grupputbildning, just för att utbyta erfarenheter...framför allt om det här med men... hur andra mår...alltid är det nåt man snappar upp och det är ju aldrig fel...

Det finns uppfattning om att det hade varit bra att ha deltagit i gruppundervisningen då det troligen gett redskapet som kunnat vara en hjälp i att hantera livet med sjukdom i vardag. Ökad kunskap om sjukdomen anses vara bra och något som man inte kan få för mycket av. En möjlighet till ökad kunskap som patienterna uppfattar att de kan sakna, som en patient uttryckte det:

...så därför... hade jag gått den där kursen som hon erbjöd mig då så då hade jag ju fått lite mer på benen...det är aldrig för sent...

Nytan av att delta i gruppundervisning uppfattades olika av patienterna. Trots att patienterna inte själva deltagit uppfattades nytan med grupp som stor. Det finns en saknad av gemenskap med andra i samma situation, en erfarenhet som uppfattas kunna vara betydelsefull i svåra situationer så som i känslan av att de inte blev sedda av omgivningen och att ingen bryr sig om de särskilda behov som finns. Framförallt visar sig detta i samband med att de var bortbjudna eller vid andra festligheter. Att få delta i gruppundervisning uppfattades som ett tillfälle att diskutera hur situationer som dessa kan hanteras. Att få diskutera gemensamma frågor i en grupp anses kunna ge känsla av att inte vara ensam, att känna igen sig. Gruppundervisning anses skapa tillfälle att utbyta erfarenheter med andra om hur livet med diabetes kan levas. En patient uttryckte det:

...om man börja med en grupp så tror jag det är bra...just det här med att utbyta erfarenheter...kan vara lärorikt att höra hur andra hanterar sin vardag...man är ju inte ensam om att ha fått diabetes, fast man tror det ibland...

Men det finns också en uppfattning om att gruppundervisning innebär en risk att "blotta" sig i en grupp med okända personer. Något som uppfattades som obehagligt, det beskrivs som obekväma att sitta i grupp. Patienter som tackat nej till gruppundervisning värnar om sin integritet och ville inte sitta i en grupp och "lämna ut sig." En annan förklaring som återkom var att de kände rädsla för att ställa en fråga som andra kunde anses vara "dum" och att man därmed riskerade att få lägre social status i gruppen. En patient uttryckte så här:

...som jag sa tidigare... grupp ... nej tack... sitter hellre och pratar enskilt om min diabetes. Tycker inte att någon utöver min familj har med att göra hur jag mår och vad jag gör.

Det fanns också uppfattningar om att gruppen inte hade så stor betydelse. Andra former föredrogs såsom enskild undervisning och information.

Osäkerheten kring innehållet och formen för undervisning var en uppfattning som flera av patienterna lyfte fram. Ändå uppfattades gruppundervisningen vara ett alternativ, då det skapade tillfälle att utbyta erfarenheter med andra om hur det kunde vara att leva ett liv med diabetes. Kunskap i sig uppfattades som något positivt men gruppens sammansättning och innehåll gjorde att det kändes osäkert att delta och därför avstod patienterna från att delta i gruppundervisning. En patient uttryckte:

...ja jag vet att jag fick en inbjudan (tystnar). Vad gör ni då? Pratar ni liksom kost o motion o sånt? Får man någon lista på vad man ska äta? Bättre att få något där det står vad man får äta och inte äta...då är det lättare att gå efter den tycker jag...jag vet inte hur ni gör på träffarna...

Formen för lärande och kunskap är inte anpassat till personens specifika behov och prioriteras inte då sjukdomen inte uppfattas som allvarlig

Att delta i gruppundervisning uppfattades inte som angeläget då sjukdomen inte gav symtom. Att inte känna sig sjuk minskade intresset för att delta i gruppundervisning. Trots att det fanns en medvetenhet hos patienterna om att ha en sjukdom och att denna är kronisk så ledde en effektiv diabetesbehandling till att patienterna inte fick symptom och därmed inte kände sig sjuka. Utöver detta hade vissa patienter uppfattning om att sjukdomen inte var så allvarlig och det ledde till att motivationen till att delta i erbjuden gruppundervisning minskade. En av patienterna i studien uttryckte följande:

...nähä det gör jag inte...en sjukdom är en sjukdom, de kan man ju inte göra nåt åt, nå jag känner ingen skuld för det...känner inte av min diabetes...jag visste ju inte att jag hade nån...

De som tackat nej till att delta i gruppundervisning uppfattade sig ha tillräckligt med kunskap men menade samtidigt att kunskap alltid är bra och att det fanns mer att lära om diabetes typ 2. Patienterna ansåg ändå att gruppundervisning inte var något alternativ. Uppfattningar fanns om att andras erfarenheter inte tillförde någon ny kunskap, vilket ledde till att inte vilja delta i gruppundervisning. Känslan av att inte vara en gruppmedlem var också en anledning till att inte delta. En av patienterna uttryckte:

Kanske hade varit kul att varit med...men...samtidigt inte. Känner mig inte som någon gruppmedlem...utan vill nog vara för mig själv helt enkelt. Stor stark...klara mig själv. Vad kan andra ha att tillföra vad jag inte redan vet?

Att delta i gruppundervisning innebär att tid tas från andra aktiviteter. Det ledde till prioriteringar vilket gjorde att patienterna valde att inte prioritera att gå i gruppundervisning framför annat. En orsak var att man inte kunde vara borta från sitt jobb för att det skulle ställa till det på arbetsplatsen. En annan orsak till att man inte prioriterade sig själv var att anhöriga var i behov av stöttning och man valde att ställa upp för dem då de behövde det. En patient nämnde att:

... ja jag fick ju en genomgång då ... av diabetessköterskan o sen skulle jag ju gå den här kursen då Vilket jag sa ja till... Men sen visade det sig att den hamnade ju på onsdagar och torsdagar o den dan åker jag och hämtar ut barnbarnet... och har hand om henne så hon får mat o får gå o lägga sig...

Flertalet av patienterna sökte kunskap via olika media, men insåg att för en ökad kunskap om sin sjukdom hade det varit bra att få via att delta i en grupp. De som sökte kunskap via andra källor upplevde att den informationen inte var individanpassad och de tips och råd som fanns var mer generella gällande diabetes typ 2, vilket gjorde att de hade svårt att tillgodogöra sig den.

...sen har jag ju tittat väldigt mycket på nätet då men det hjälper ju ... alltså där har man ju bara liksom... där får man ju bara huvuddelen av vad är diabetes o så här... det hjälper ju en inte så personligt direkt va...

Individuella möten med diabetessjuksköterskan uppfattades som tryggare och mer flexibelt var en uppfattning som framkom i intervjuerna. Uppfattning fanns om att gruppen inte hade så stor betydelse. Andra former föredrogs såsom enskild undervisning och information.

...enskilt är bra det också för ibland kan man ha funderingar och frågor som man upplever är tokiga och man känner sig dum för att ställa de i grupp. Men jag när är på besök hos min diabetessköterska så tycker jag att jag kan ställa vilka frågor som helt. Har stort förtroende för henne...

DISKUSSION

Diskussionen kommer att beskrivas i två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion. Metoddiskussionen innehåller beskrivning av hur studien gått till och hur materialet analyserats. Resultatdiskussionen beskriver resultatet som framkommit i intervjuerna.

Metoddiskussion

Fenomenografi valdes som en lämplig metod då uppfattningar om ett fenomen studerades. Inom fenomenografin finns ett centralt antagande om att människan har olika uppfattningar kring olika företeelser (Marton, och Booth, 2000). Sjöström och Dahlgren (2002) menar att det inom omvårdnadsforskningen finns tre områden där fenomenografin är användbar som metod. Dessa är uppfattningar hos sjukvårdspersonal, uppfattningar hos patienter om deras sjukdomar och resultatets användning inom olika undervisningsområden. En fenomenologisk ansats kunde istället valts för att studera fenomenet. Fenomenologin söker svar genom att beskriva vad som kännetecknar ett fenomen och beskriva essensen av fenomenet, det vill säga det som visar sig, kärnan av fenomenet (Dahlberg och Ekman, 2017). Även innehållsanalys kunde vara ett alternativ (Graneheim och Lundman, 2004; Graneheim, Lindgren och Lundman, 2017). Fenomenografi beskriver en variation av uppfattningar av ett fenomen. Därför ansågs fenomenografi vara mer lämpad för att besvara syftet.

Data till studien samlades in genom semistrukturerade intervjuer, vilket förespråkas av Marton och Booth (2000) vid fenomenografiska studier. Enligt Barnard, McCosker och Greber (1999) var det viktigt att den som genomförde intervjuerna visade intresse för fenomenet genom att lyssna intresserat, ställa frågor samt ha ett accepterande och avslappnat förhållningsätt. Ett avskilt rum utan störande ljud användes och informanterna erbjöds något att dricka under intervjun. Det var viktigt att intervjuaren under intervjuens gång ställde klargörande följdfrågor för att undvika missförstånd (Kvale och Brinkman, 2014) men också för att få fram ytterligare uppfattningar (Sjöström och Dahlgren, 2002). Som underlag för intervjuerna formulerades en frågeguide (bilaga 4) som låg till grund för intervjuerna. På så sätt fokuserades dessa områden under intervjuerna. En svaghet under intervjuerna var ovanan att genomföra intervjuer hos intervjuerna. En pilotintervju genomfördes därför initialt för att pröva frågorna vilket stärkte att intervjuerna fångade det som efterfrågades vilket stärkte datainsamlingen. Även tid för eftertanke borde ges och den som intervjuar bör använda sig av pauser (Kvale och Brinkman, 2014). Intervjufrågorna var tydliga och uppföljande frågor av öppen karaktär ställdes för att ge möjlighet till reflektion och få fördjupade svar. En utmaning med intervjuer av patienter var att förhålla sig till rollen som forskare och inte som diabetessjuksköterska. Detta kunde ta sig som uttryck i att rent medicinska frågor ställdes under intervjun. Viktigt var att då återföra samtalet till intervjuguiden, som då var ett stöd. Under intervjuernas genomförande var båda intervjuerna närvarande vilket kunde öka risken för informanterna att ha upplevt ett underläge. Polit och Beck (2016) menar att intervjuerna bör utföras i informanternas naturliga miljö i möjligaste mån för att undvika yttre påverkan. De som intervjuades erbjöds att välja plats för intervjuerna men alla valde att komma till vårdcentralen.

Urvalet grundades i patienter från en vårdcentral i Västra Götaland som tillfrågades om deltagande vilket kunde ses som en begränsning. Alla som tillfrågades hade fått erbjudande om att delta i gruppundervisning vid diabetes typ 2 men tackat nej. Då de inte hade deltagit i någon gruppundervisning hade de ingen egen erfarenhet av fenomenet. Däremot fanns uppfattningar om vad det kunde innebära för dem. En styrka med studien var att både män och kvinnor intervjuades i varierande åldrar med en varierande bakgrund. Resultatet var inte generaliserbart men troligen överförbart till patienter i primärvård och med typ 2 diabetes då gruppen var representativ för patienter som insjuknat i diabetes typ 2 och gått på kontroller på en vårdcentral. Intervjuerna transkriberades ordagrant i direkt anslutning till intervjun av den som ansvarat för intervjun. Efter transkription av intervjuerna lyssnades de igenom noggrant för att bekanta sig med innehållet. En kort sammanfattning av innehållet gjordes för att få en tydlig bild av innehållet i intervjun.

Begreppet förförståelse grundade sig på vilka erfarenheter och upplevelser som uppfattades i vardagen och vilken verklighet som författarna förhöll sig till. Detta kunde påverka författarnas sätt att analysera det som framkom i intervjuerna, vilket gjorde att det var svårt att förhålla sig objektiv till det som framkom i materialet (Sjöström och Dahlgren, 2002). Förförståelsen berodde på den kunskap som författarna hade inom området. För att inte påverka studiens resultat så har författarna genom att medvetandegöra och skriva ned sin förförståelse försökt att hålla tillbaka den för att stärka trovärdigheten i denna studie. Enligt Barnard, McCosker och Gerber, (1999) var detta viktigt för att inte påverka analysen av datamaterialet.

Under analysen användes Dahlberg och Fallsbergs artikel (1991) som beskrev den fenomenografiska analysen i sju steg (tabell 2). För att stärka studiens tillförlitlighet så hade alla sju steg i analysen följts noga. Efter den bekantgörande fasen kondenserades, jämfördes och grupperades uppfattningarna. Det styrkte studiens resultat då analysen processas först enskilt och därefter tillsammans av författarna. Under analysen hade resultatet diskuterats tillsammans mellan författarna och med handledaren varefter uppfattningarna tydliggjordes. Processen vid analysen var inte linjär utan gick fram och tillbaka mellan de olika stegen. Uppfattningarna rubricerades och jämfördes sedan. Citat från intervjuerna användes för att stärka studiens trovärdighet och resultat.

För att urskilja olika uppfattningar och beskrivningar av ett fenomen gjordes en indelning som benämndes beskrivningskategorier. Beskrivningskategorierna var inte bestämda från början utan framträdde under analysen av intervjuerna. Tre kriterier borde uppfyllas vid en fenomenografisk analys (Marton & Booth, 2000). Dessa var att det skulle finnas en distinkt uppfattning om det fenomen som undersöktes, en logisk ordning på beskrivningskategorierna och att det var så få kategorier som möjligt. Uppfattningarna som framkom i analysen av intervjuerna beskrivningskategorier och uppfattningar utgjorde resultatet av studien (tabell 3). Fyra etiska principer har använts som nämns i Vetenskapsrådet (2002). Dessa principer omfattade informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och kravet på konfidentialitet vilka har beaktats.

Informationskravet innebar att informanter i studien informerats om studiens syfte och hur resultat av studien kom att användas. I informationsbrevet som informanterna fick hemskickat framgick det tydligt att deltagandet var frivilligt och att de hade möjlighet till att avbryta intervjun när som helst utan att ange orsak. Information delgavs innan intervjun gjordes och samtycket gavs, muntligt och skriftligt. Samtyckesblanketten (bilaga 3) fanns med i utskicket tillsammans med ett frankerat svarskuvert. Ett etiskt tillstånd för studien fanns (Dnr: 442–15).

De utskrivna intervjuerna kodades med hjälp av en siffra mellan ett och nio för att uppfylla kravet på konfidentialitet och inga namn fanns i det utskrivna materialet. Intervjuerna förvarades i ett låst skåp så att ingen utomstående nådde intervjumaterialet. Nyttjandekravet innebar att informanterna informerades om att intervjuerna inte kom att användas för annat än denna studie eller för kommersiellt bruk, vilket hade gett dem möjlighet till att ytterligare tacka nej till att delta i studien.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva patienters uppfattningar av att avstå från erbjuden gruppundervisning. Resultatet visade att patienterna hade skilda uppfattningar om att avstå från undervisning i grupp.

Syftet med grupputbildning var att ge patienten möjlighet att lära sig mer om diabetes typ 2. Gruppundervisning och patientundervisning gav en ökad kunskap vilket ledde till bättre förutsättningar att ta kvalificerade beslut som berörde patienternas hälsa. Det gav också patienterna en valmöjlighet att styra sin vardag (www.skl.se).

Det framkom i intervjuerna att patienterna ville ha redskap för att hantera sin sjukdom i vardagen. Att få dela erfarenheter med andra ansågs vara ett redskap. Detta kunde ställas mot tidigare forskning som visade att undervisning i grupp är lärorikt genom att patienterna delade med sig av sina egna erfarenheter. Genom att lyssna på hur andra hanterade sin diabetes i vardagen kunde många ändra sina levnadsvanor genom enkla tips och råd (Rickheim, Weaver, Fladder & Kendall, 2002).

Uppfattningen av att vara ensam i sin sjukdom framkom hos patienterna. Det som framkom i studien var att patienterna gärna ville delta i gruppundervisning om de fick ytterligare en chans just för att kunna dela erfarenheter med andra patienter och få möjlighet att ta till sig råd och tips för att klara av vardagen och inte se sin sjukdom som ett hinder. Känslan av att vara ensam i sin sjukdom kunde lindrats om patienterna hade deltagit i gruppundervisning, vilket Tomaka, Thomson och Palacios (2015) påtalar i sin studie att socialt stöd har en positiv hälsoeffekt på olika sjukdomstillstånd såsom gruppundervisning.

Resultatet visade att patienterna som inte ville delta i gruppundervisning var att inte de upplevde behov av att sitta och prata om sig själva eller sin sjukdom inför andra patienter. Det som framkom från patienterna var att de kände en osäkerhet kring vad en grupputbildning innebar och vilket syfte den formen av undervisning hade. Att som patient delta i en grupp med andra patienter som de inte kände sedan tidigare kunde uppfattas som ett hinder att ställa de frågor de ville. Gruppen kunde då uppfattas som hämmande. Enligt Knutsen, Bossy och Foss (2017) visade att inom det aktuella området som ligger till grund för denna studie var vikten av grupputbildning att möta och diskutera de frågor patienterna ofta hade efter att de hade fått en diagnos med en kronisk sjukdom, såsom diabetes typ 2 är. Samtidigt var det inte alla som fann gruppundervisning som ett alternativ. Trots att inte alla deltog i gruppundervisning var det som alternativ visar Knutsen, Bossy och Foss (2017) i sin studie då de som deltagit hade en högre grad av genomförande av förändringar i levnadsvanor.

När det saknades symtom på sjukdomen minskade intresset för att delta i erbjuden gruppundervisning. Sjukdomen upplevdes inte som allvarlig. Behovet av att byta erfarenheter med andra varierade och var en uppfattning till att avstå erbjuden gruppundervisning. Det fanns studier som visade att gruppundervisning bidrog till en ökad kunskap, då patienterna lärde sig mycket om sjukdomen. Enligt Adolfsson, Starrin, Smide och Wikblad (2008) framkom det att patienterna tyckte att de fick en djupare kunskap om sin sjukdom när de deltog i gruppundervisningen än när de var hos sin diabetessjuksköterska. Vid dessa träffar diskuterades de komplikationer man kunde få och patienterna insåg mer allvaret i sjukdomen. De lärde sig också att de inte behövde vara så strikta när det gällde kosten och de vågade unna sig sådant som inte räknades som lämpligt för en diabetiker (Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2008).

Resultatet visade också att patienterna gjorde egna val och prioriterade bort gruppundervisning till förmån för annat som var viktigare, till exempel familjen och arbetet. Även partners aktiviteter var ett hinder. Det kunde vara så att man inte ansåg sig som sjuk och därför inte var intresserad av att delta. Studier som stödjer detta (Infanti, O'Dea, Gibson, McGuire, Newell, Glynn, O'Neill & Dunne, 2014; Madsen, Mirza, Holm, Hilsted, Kampman & Riis, 2002) visade att patienter som hade sjuka anhöriga hemma gjorde att de inte hade tid att delta i gruppundervisning.

Resultatet visade också att patienter föredrog att få information om diabetes typ 2 enskilt av diabetessjuksköterskan. Enskild undervisning som alternativ till gruppundervisning uppfattades av patienterna att hålla på sin integritet då ingen utöver familjen hade med patienternas sjukdom att göra. Att kunna ställa frågor som kunde uppfattas som dumma av övriga patienter i gruppen var ett annat skäl till att få enskild undervisning. En studie som stärkte detta var att alla patienter passar inte för att delta i en gruppundervisning och orsakerna kunde vara av olika karaktär. En anledning kunde vara att inte komma till tals eller att patienterna hade svårt att uttrycka sina känslor inför andra och att det uppfattades allt för privat (Ockleford, E., Shaw, R.L., Willars, J. & Dixon-Woods, M., 2008). En annan studie visade att en förklaring till att inte vilja delta i gruppundervisning var att den traditionella diabetesvården inte var tillräckligt personcentrerad (Isaksson, Hajdarevic, Abramsson & Stenvall 2015). I samma studie framkom det att behovet av gruppundervisning var större hos de som var nydebuterade med diabetes typ 2 än de som hade haft diabetes 10-15 år men inte hos de patienterna med duration däremellan. Enligt Jutterström et. al 2016 visade en studie att uppnå målet med diabetesundervisning fungerade lika bra i grupp som individuellt.

Egenvård vid diabetes typ 2 var viktigt för den metabola kontrollen såsom viktreducering, fysisk aktivitet samt sänka blodsockernivåerna. Enligt Ünsal-Avdal och Arkan (2014) hade patienter som fått undervisning både individuellt och i grupp gjort egenvårdsinsatser med bättre resultat än de patienter som endast fått undervisning på ett sätt.

Lawal och Lawal (2016) menade att gruppundervisning inte uteslöt individuell undervisning. Patienternas bakgrund och tidigare erfarenheter hade betydelse för förmågan att kunna ta till sig kunskap genom gruppundervisning versus individuellt. De olika undervisningsformerna förespråkades för lärande om diabetes då det fanns patienter som var både oförmögna och ovilliga till att vilja delta i grupp (Lawal & Lawal, 2016).

Diabetessjuksköterskan hade en nyckelroll i diabetesvården, både när det gällde den förebyggande och den pågående vården hos patienter med diabetes typ 2. Diabetessjuksköterskan besatt en kunskap vilket gjorde det möjligt att leda, motivera, ge råd,

utbilda, samordna och hjälpa till i vården runt diabetespatienterna men även anhöriga. Diabetessjuksköterskan hade god kännedom om de olika behandlingar som fanns, exempelvis tablettbehandling och insulinbehandling, och vid vilken tidpunkt de skulle sättas in vilket gjorde det möjligt att individanpassa behandlingen. Diabetessjuksköterskans roll kunde öka kompetensen, kunskapen och förtroendet, samt stödja patienter med diabetes typ 2 med egenvård av sjukdom. Detta kunde minska risken för att utveckla komplikationer, vilket en dåligt kontrollerad diabetes kan ge (Cable, 2016; Riordan, McHugh, Barrett & Kearney, 2017). I Andersson, Berglund, Vestman och Kjellsdotter (2018) studie framkom det att den specialutbildade personalen upplevde att gruppundervisning gjorde det möjligt för patienterna att lära genom reflektion genom sina egna men också genom andras erfarenheter. Vidare innebar gruppundervisning ökad kunskap även för diabetessjuksköterskan. Då patienterna uppmanades att göra livsstilsförändringar på grund av sjukdomen upplevde både patienterna och diabetessjuksköterskorna att man stöttade varandra, genom att ge patienterna verktyg för sitt lärande.

Konklusion

Undervisning i grupp för att lära sig mer om diabetes typ 2 var ett alternativ för patienter som drabbats av kronisk sjukdom. Flertalet patienter påtalade att de saknade kunskap om diabetes typ 2 för att kunna leva med sjukdomen och må bra i sin vardag. Patienterna upplevde avsaknad av kunskap för att veta hur de skulle hantera blodsockret då det blev för högt. Kunskap söktes via media och internet av de som uppfattade att de saknade kunskap för att hantera sin vardag och för må bra. Patienter avstod från att delta i gruppundervisning dels av privata skäl men det fanns också inte tillfälle att delta just då de fick erbjudande om gruppundervisning. Även partners aktiviteter var ett hinder. Det kunde vara så att man inte såg sig som sjuk och därför inte var intresserad av att delta. Besök hos diabetessjuksköterskan med kontroller på regelbunden basis uppfattades vara tillräckligt för att erhålla tillräckligt med kunskap och få information. Patienterna i denna studie som valde bort att delta i erbjuden gruppundervisning önskade få nytt tillfälle att delta för att få dela erfarenheter med andra i samma situation. Alla uppfattningar som patienterna delat med sig av i förestående studie har väckt fortsatt intresse för författarna att fortsätta med undervisning i grupp då patienterna påtalade intresse för att ändå delta när tillfälle erbjöds.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Det saknas studier inom området att avstå från undervisning i grupp och därför krävs fler studier som beskriver patienters uppfattningar om gruppundervisning vid typ 2 diabetes och dess betydelse. En möjlig förståelse av resultatet är att gruppundervisning inte passar alla utan en variation av formerna för undervisning krävs så att patienter kan få den undervisning som de själva uppfattar som kunskapsgivande, utifrån passande tid och form. I förestående studie var tanken från början att intervjua de patienter som avstått från erbjuden grupputbildning och inte hade intresse av att delta. Tyvärr så gavs inte tillfälle att intervjua de patienterna då de även tackade nej till att delta i studien.

REFERENSER

- Adolfson, E.T., Starrin, B., Smide, B. & Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A quality study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 986-994. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.007>
- Ajanki, T. (1999). *Historien om diabetes och insulinets upptäckt*. Lund: Historiska Media & Svenska Diabetesförbundet
- Andersson, S., Berglund, M., Vestman, C. & Kjellsdotter, A. (2018). Experiences of specially trained personal of group education for patients with type 2 diabetes – A lifeworld approach. *Nursing Open* (1)1-7 <https://doi:10.1002/nop2.248>
- Barnard, A., McCosker, H. & Greber, R. (1999). Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research*, 9(2), 212-226. <https://doi.org/10.1177%2F104973299129121794>
- Berglund, M. (2011). Taking charge of one's life: challenge for learning in long-term illness (PhD Diss), Linnéuniversitetet. Växjö: Linné University Press
- Berglund, M. (2012). *Lärande vid långvarig sjukdom Utmaningar för patient och vårdare*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Graneheim, U. & Hörnsten, Å. (2014). Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patienten and Education and Counseling*, 94, 187-192. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.010>
- Cable, S. (2016). The role of the Diabetes Specialist Nurse. *South Sudan Medical Journal*, 9(3), 63-66. http://www.southsudanmedicaljournal.com/assets/files/Journals/vol_9_iss_3_Aug_16/SSMJ_9_3_DSN.pdf
- Cardoso, C.R.L., Leite, N.C., Moram, C.B.M. & Salles, G.F. (2018). Long-term visit-to-visit glycemic variability as predictor of micro- and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes: The Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study. *Cardiovascular Diabetology*, 17(33). <https://doi.org/10.1186/s12933-018-0677-0>
- Dahlberg, K. & Ekman, I. (2017). Att lyssna på och förstå patienters berättelser – några teoretiska utgångspunkter. *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård Karin Dahlberg och Inger Ekman (red.)*. Liber AB: Stockholm
- Dahlgren, L-O & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8, 150–156.

- Einarsson, T.R., Acs, A., Ludwig, C. & Oanton, U.H. (2018). Economic Burden of Cardiovascular Disease in Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Value In Health*, 21, 881-890. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.12.019>
- Ekman, I., Swedberg, K. Taft, C, Lindstedth, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.L., Kjellgren, K., Lindén, E., Öhlén, J., Olsson, L.E., Rosén, H., Rydmark, M. og Sunnerhagen, K.S. (2011). Person-centered care – Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiavascular Nursing*, 10(4), 248-251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measurs to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U.H., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challanges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Holm, U. (2001). *Empati – att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.
- Husdal, R., Karlsson, A., Leksell, J., Eliasson, B., Jansson, S., Jerdén, L., Stålhammar, J., Steen, L., Wallman, T., Svensson, A-M. och Thors Adolfsson, E. (2018). Resourse and organisation in primary health care are associatede with HbA1c level: A nationwide study of 230958 people with Type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes*, 12(1), 23-33. <https://doi/10.1016/j.pcd.2017.09.003>
- Hörnsten, Å., Sandström, H. & Lundman, B. (2004). Personal understanding of illness among people with type 2 diabetes. *Leading Global Nursing Research*, 47(2), 174-182. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03076.x>
- Infanti, J.J., O’Dea, A., Gibson, I., McGuire, B.E., Newell, J., Glynn, L.G., O’Neill, S. & Dunne, F.P. (2014). Reason for participation and non-participation in diabetes prevention trail amog women with prio gestational diabetes mellitus (GDM). *BMC Medical Research Methodology*, 14(13). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-13>
- Isaksson, U., Hajdarevic, S., Abramsson, M., Stenvall, J. och Hörnsten Å. (2015). Diabetes empowerment and needs for self- management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in nothern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3) 521-527. <https://doi.org/10.1111/scs.12185>
- Johansson, K., Österberg Almerud, S., Leksell, J. & Berglund, M. (2018). Supporting patients learning to live with diabetes: a phenomenological study. *British Journal of Nursing*, 27(12), 697-704. <https://doi:10.12968/bjon.2018.12.697>
- Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H. & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centred self.management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes – A randomised study. *Patient Education and Conseling*, 99(11), 1821-1829. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.016>

- Khunthi, K., Gray, L.J., Skinner, T., Carey, L.J., Realf, K., Dallosso, H., Fisher, H., Campell, M., Heller, S. & Davies, M.J. (2012), effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomized trial in primary care. *The BMJ* 344:e2333. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.e2333>
- Kneck, Å. (2015). *Living with diabetes: a lifelong learning process (Ph.D.)*. Karolinska Institutet <http://hdl.handle.net/10616/44476>
- Knutsen, I. R., Bossy, D. & Foss, C. (2017). *Are group-based self-management programmes suitable for all patients with type 2 diabetes?* <https://sykepleien.no/en/forskning/2017/05/are-group-based-self-management-programmes-suitable-all-patients-type-2-diabetes>
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB
- Lawal, M & Lawal, F. (2016). Individual versus group diabetes education. Assessing the evidence. *Journal of Diabetes Nursing*, 20:247-50.
- Lepp, M. & Leksell, J. (2017). *Vårdpedagogik: vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv*. Margret Lepp & Janet Leksell (red.). Stockholm: Liber
- Lindgren, S., Engström-Laurent, A. Karasson, K. & Tiensuu Jansson, E. (2017). *Medicin*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ljung, S., Olsson, C., Rask, M. & Lindahl, B. (2012). Patients Experience of a Theory- Based Lifestyle-Focuses Group Treatment in the Previonition of Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes. *International Journal Behavior Medicine*, 20, 378-384. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9252-3>
- Madsen S.M., Mirza, M.R., Holm, S., Hilsted, K.L., Kampmann, K. & Riis, P. (2002). Attitudes towards clinical research amongst participants and nonparticipants. *Journal of Internal Medicine*, 251(2)156-168. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.2002.00949.x>
- Marton, F. (1981). *Phenomenography – describing conceptions of the world around us*. *Instructional Science*, 10, 177 – 200.
- Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Mulder, H. (2017). *Diabetes Mellitus - ett metabolt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ockleford, E., Shaw, R.L., Willars, J. & Dixon-Woods, M., (2008). Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views. *Chronic Illness*, 4(1), 28 – 37. <https://doi.org/10.1177%2F1742395307086673>

Odgers-Jewell, K., Isenring, E.A., Thomas, R. & Reidlinger, D.P. (2017). Group participants' experiences of a patient-directed group-based education program for management of type 2 diabetes mellitus. *PLoS ONE*, 12(5). <https://doi/10.1371/journal.pone.0177688>

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts Of Practice 6th edition*. St. Louis: C.V. Mosby.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 10th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rickheim, P. L., Weaver, T.W., Flader, J.J. & Kendall, D.M., (2002). Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education. *Diabetes Care*, 25(3), 269-274. <https://doi/10.2337/diacare.25.2.269>

Riordan, F., McHugh, S.M., Murphy, K., Barrett, J. & Kearney, P.M., (2017). The role of nurse specialists in the delivery of integrated diabetes care: cross-sectional survey of diabetes nurse specialist services. *BMJ Open* 7, 1-9. <https://doi:10.1136/bmjopen-2016-015049>

SBU – rapport (2009). Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Patientutbildning vid diabetes*. En systematisk litteraturöversikt. I statens beredning för medicinsk utvärdering, Nr 195. Stockholm.

SFSD (2018) Svenska Föreningen för Sjuksköterskor inom Diabetesvård
Kompetensbeskrivning. Stockholm: Danagårds Grafiska. <https://www.swenurse.se>

SFS 2003:460. Om etikprovning som avser människor. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2017:30). Hälso- och sjukvårdslagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SKL - Sverige Kommuner och Landsting
<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellaprogramomraden/diabetesvard.225.html>

Steinarsson, A.O., Rawshani, A., Gudbjörnsdóttir, S., Franzén, S., Svensson, A.M. & Sattar, N. (2018). Short-term progression of cardiometabolic risk factors in relation to age at type 2 diabetes diagnosis: a longitudinal observational study of 100,606 individuals from the Swedish National Register. *Diabetologia*, 61(3), 599–606. <https://doi/10.1007/s00125-017-4532-8>

Sjöström, B., & Dahlgren, L-O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02375.x>

Stenberg, U., Haaland- Øverby, M., Fredriksen, Westermann, K. F. & Kviksvik (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99, 1759-1771. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.027>

Sörman, E. (2012). Diabetessjuksköterskan. *Omvårdnad vid diabetes*. Wikblad, K. (red.). Lund: Studentlitteratur

Thorne, S.E. & Paterson, B.I. (2000). Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annual review of nursing research*, 18, 3-25.

Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2015). The Relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Community Development Journal*, 50(3), 359-384. <https://doi.org/10.1177/0898264305280993>

Ugur, E., Demir, H. & Akbal, E. (2015). Postgraduate education needs of nurses' who are caregivers for patients with diabetes. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), 637– 642. <https://dx.doi.org/10.12669/pjms.313.6732>

Ünsdal-Avdal, E & Arkan, B. (2014). Individual and Group Education in Diabetes and Outcomes. *Aquichan*, 2014; 14(2): 138-147.

Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002). <https://www.codex.vr.se>

Wikblad, K. (2012). Vuxenlärande – andragogik. *Omvårdnad vid diabetes* Wikblad, K (red). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1



Till berörd verksamhetschef -Information om studie på magisternivå

Vi tillfrågar dig som berörd verksamhetschef om tillstånd att intervjua patienter med diabetes typ 2 som blivit erbjudna gruppbaserad patientutbildning, men som valt att avstå. Intervjuerna kommer att handla om valet att avstå grupp utbildning och hur det kan uppfattas.

Syfte och bakgrund

Socialstyrelsen rekommenderar gruppbaserad patientutbildning som leds av personer med ämneskompetens både i diabetes och med pedagogisk kompetens. Enligt klinisk erfarenhet tackar nästan hälften av de som personer som erbjuds gruppbaserad patientutbildning nej till att delta. Frågan är vilka uppfattningar som finns om patientutbildning enskilt och i grupp och om dess betydelse för det egna lärandet. Det saknas forskning inom området. Denna kunskap är viktig att sätta i relation till gällande rekommendationer om gruppbaserad patientutbildning.

Hur går studien till?

Kontakt tas med deltagarna via brev för att fråga om intresse att delta i studien. Semistrukturerade intervjuer med frågeområden kommer att användas. Uppföljande frågor kommer att användas vid behov. Informanterna kommer att informeras muntligt om studien och ett skriftligt samtycke kommer att tas. Materialet kommer att behandlas strikt konfidentiellt och hanteras så att inga obehöriga kan ta del av det. Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att förklaring krävs.

Betydelse för er verksamhet

Studiens resultat kan leda till en ökad kunskap om gruppbaserad patientutbildning. Faktorer som kan påverka hur patientutbildning kan bedrivas och i vilken form den ska bedrivas, kan leda till kliniska implikationer för vårdcentralen.

Studien kommer inte att medföra extra kostnader för XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX.

Har Du frågor är Du välkommen att kontakta XXXXXXXX XXXXXXXX och XXXX XXXXXXX

Godkännande av

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att XXXXXX XXXXXXXXXXXX och XXXX XXXXXX genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivs.

Efter underskrift lämnas godkännandet till: XXXXXX XXXXXXXXXXXX, diabetessjuksköterska XXXX XXXXXX, diabetessjuksköterska

XX XX-XX
XXX XX XXXXXXXXXXXX Tel: XXXX-XXX XX

Namn

Titel/verksamhetschef

Ort / Datum

Bilaga 2



Information om studie på magisternivå

Du har blivit erbjuden att delta i gruppbaserad patientutbildning i samband med att du besökt Vårdcentral Xxxxxxxx för kontroll av din diabetes typ 2. Du valde att avstå och nu är vi intresserade av att veta mer om hur du tänker om att delta/inte delta i den typen av patientutbildning.

Bakgrund

Socialstyrelsen rekommenderar gruppbaserad patientutbildning som leds av personer med ämneskompetens både i diabetes och med pedagogisk kompetens. Frågan är vilka uppfattningar som finns om patientutbildning enskilt och i grupp och om dess betydelse för det egna lärandet. Det saknas forskning inom området. Denna kunskap är viktig att sätta i relation till gällande rekommendationer om gruppbaserad patientutbildning. En ökad kunskap kommer troligen till att gruppundervisning utformas på ett mer tillgängligt sätt, både på gruppnivå och individuellt.

Hur går studien till?

Kontakt tas nu med Dig som tidigare blivit tillfrågad och tackat nej till att delta i gruppbaserad patientutbildning för att fråga om intresse att delta i den aktuella studien. Om du tackar ja till att delta kommer Du att intervjuas av någon av undertecknad. Du får själv välja tid och plats. Intervjun beräknas ta mellan 30-40 minuter och kommer att spelas in för att sedan skrivas ut. All data som samlas in kommer att behandlas strikt konfidentiellt och hanteras så att inga obehöriga kan ta del av det. Inget av det Du berättar kan kopplas till dig i studien. Materialet kommer att behandlas strikt konfidentiellt och hanteras så att inga obehöriga kan ta del av det. Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att förklaring krävs. Ditt val att delta/inte delta kommer inte att påverka din nuvarande vård. Skulle behov uppkomma att samtala om känslor och tankar som uppkommit i samband med intervjun erbjuds du möjlighet till ett uppföljande samtal med din diabetessköterska.

Xxxxxxx XXXXXXXXXXXX Tfn: XXX-XXX XX XX
XXXX XXXXXXXX Tfn: XXX-XXX XX XX

Om du är intresserad av att delta i denna studie ska Du skicka in svarstalongen i bifogat svarskuvert.

Vi behöver ditt svar **senast** _____.

När du tackat ja kommer Du att bli kontaktad av Xxxxxx eller Xxxx för att bestämma tid och plats för intervjun.

Har du frågor eller vill ta del av studiens resultat? Du är välkommen att ta kontakt med någon av nedanstående om du har frågor om studien eller vill ta del av resultatet.

Hälsningar

Xxxxxx XXXXXXXXXXXX

E-post:

Tfn: XXX-XXXXXXXX

Xxxx XXXXXXXX

E-post:

Tfn: XXX-XXXXXXXX

Handledare för studien är

Xxxxxx XXXXXXXXXXXX, Universitetslektor, PhD Högskolan i Skövde

E-post:

Bilaga 3



Svarsbrev, förfrågan om deltagande i intervjustudie varför patienter med nydebuterad diabetes typ 2 väljer att avstå till att delta i gruppundervisning.

Jag önskar att delta i studien

Jag vill att ni kontaktar mig för mer information

Nej tack jag vill inte delta

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

e-postadress: _____

Returnera denna svarstalong i bifogat svarskuvert

Bilaga 4



Frågeområde till patienter som tackat nej till att delta i gruppundervisning:

Man/Kvinna: _____

Gift/sammanboende: _____ **Ensamstående:** _____

Ålder: _____

Utbildningsnivå:

Folkhögskola/grundskola: _____ **Gymnasieskola:** _____ **Högskola/Universitet:** _____

Att leva med diabetes

Hur länge har du känt till att du har haft diabetes?

Hur tänker du om att du fått diabetes? (Orsak: skam/skam)

Har du gjort förändringar i ditt liv p.g.a. din diabetes, berätta lite om det. Vilka konsekvenser leder det till?

Grupputbildning

Har du fått någon utbildning inom området diabetes? I så fall vad/hur?

Upplever du att du har tillräckligt med kunskap för att hantera din vardag med diabetes eller upplever du att du saknar kunskap? Berätta mer om hur det är för dig.

Du har valt att tacka nej till undervisning i grupp. Kan du berätta hur du tänker om det? (Betydelsen av dina och andras erfarenheter av gruppundervisning. Dina tankar och känslor angående att själv få delta i grupp med andra personer som fått diabetes.

Berätta hur du tänker om ditt val att inte delta i gruppundervisning.

Lärande

Berätta om dina erfarenheter av att lära dig mer om diabetes?

Hur tänker du om att lära dig nya saker i relation till din diabetes? Hur tänker du om att lära tillsammans med andra i grupp/enskilt?

Avslutning

Är det något som vi pratat om som du vill prata mer om?

Är det något du vill framföra som vi inte frågat efter?

Tack för att du ställde upp!