

**Diabetessjuksköterskors upplevelser vid kostrådgivning
till patient med typ-2 diabetes**

**Diabetic nurses experiences in diet guidance to patients with
diabetes type II**

Examensarbete i omvårdnad (15 hp)

Ulrika Broholm

630925-5104

Anne-Marie Hertzman

601013-5900

SSE 25A

Handledare: Christina Friberg Andersson

SAMMANFATTNING

Titel: Diabetessjuksköterskors upplevelser vid kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Författare: Broholm, Kiki; Hertzman, Ami

Handledare: Christina Friberg Andersson

Sidor: 19

Månad och år: Maj, 2008

Nyckelord: Diabetessjuksköterskan, Kost, Livsstilsförändring, Diabetes, Patienten

Föreliggande studies syfte var att beskriva diabetessjuksköterskors inom Primärvården Skaraborg upplevelser vid kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes. Studien undersöker frågor kring diabetessjuksköterskans ansvar, hur de påverkas av andra yrkeskategorier och patienter, svårigheter i att motivera patienten och eventuell diskrepans mellan vårdprogram och egen inställning.

Informanterna var sex diabetessjuksköterskor med mångårig arbetslivserfarenhet. Studien var utformad som en kvalitativ intervjustudie. De ljudbandinspelade intervjuerna har transkriberats och analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Studiens resultat presenteras som två kategorier: *Kostrådgivning som utgår från patienten* och *Kostrådgivning som utgår från diabetessjuksköterskan*. Studiens resultat följer väl tidigare forskning och lyfter fram betydelsen av individuella skillnader i patientens förutsättningar och diabetessjuksköterskans möjligheter att motivera patienten till förändring och möjlighet att nå uppsatta mål.

ABSTRACT

Title: Diabetic nurses experiences in diet guidance to patients with diabetes type II

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing 15 ECTS

Author: Broholm, Kiki; Hertzman, Ami

Supervisor: Christina Friberg Andersson

Pages: 17

Month and year: May, 2008

Keywords: Diabetic nurse, Diet, Lifestyle change, Patient, Diabetic

The purpose of the study was to describe experiences of diabetic nurses in primary health care of Skaraborg, giving diet advice to patients with diabetes type II. The study investigates questions around responsibility of diabetic nurses, influences from other professionals and patients, difficulties in motivating the patient and an assumed discrepancy between "guide for care" and nurses' own attitude.

The informants were six diabetic nurses with long work experiences. The design of the study was qualitative. Data collection was made by interviews and were transcribed and analysed with a content analysis.

The result of the study consist of two categories; *Cost advice from the patient's perspective* and *Cost advice from the diabetic nurses' perspective*. The result of the study correspond to earlier research and highlights the meaning of the individual differences in conditions for the patients and the possibilities for the diabetic nurse to motivate the patient to changes and possibility to reach described targets.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Diabetessjuksköterskans kompetens.....	1
Diabetessjuksköterskans roll i patientarbetet	2
Tidigare forskning kring kostråd för patienter med typ-2 diabetes.....	3
Tidigare forskning kring patientens förmåga till livsstilsförändring	4
Diabetessjuksköterskans påverkan på patienten till livsstilsförändring.....	4
Patientens förmåga till livsstilsförändring.....	5
Risker för diabetespatienter med felaktig kost.....	5
PATIENTUNDERVISNING – OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV.....	6
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE.....	6
METOD.....	7
Val av metod.....	7
Urval och Datainsamling.....	7
Dataanalys.....	7
Etiska aspekter.....	8
RESULTAT.....	9
Kostrådgivning som utgår från patienten	9
Patientens utgångsläge.....	9
Patientens motivation.....	10
Patientens kunskap.....	10
Kategori - Kostrådgivning som utgår från patienten.....	11
Kostrådgivning som utgår från diabetessjuksköterskan	11
Arbetslivserfarenhet	11
Synsätt på olika typer av kost.....	12
Ansvarsfördelning.....	13
Kategori – Kostrådgivning som utgår från diabetessjuksköterskan.....	14
DISKUSSION.....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
Patientens utgångsläge.....	15
Patientens motivation.....	16
Patientens kunskap.....	16
Arbetslivserfarenhet.....	17
Synsätt på olika typer av kost.....	17
Ansvarsfördelning.....	17
Kategorierna - Kostrådgivning som utgår från patienten respektive diabetessjuksköterskan	18
Konklusion.....	18
REFERENSER.....	20
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INLEDNING

Föreliggande studie belyser upplevelser uttryckta av primärvårdens diabetessjuksköterskor vid kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes. Upprinnelsen till studien var då författarna i sina respektive arbetsgrupper uppfattade att diskussioner kring kostråd till diabetiker förekom. Samtidigt blir läkaren Annika Dahlquist anmäld till Socialstyrelsen för att hon ger kostråd som inte följer rekommendationerna från Livsmedelsverket (2005).

Inom Primärvården Skaraborg har diabetessjuksköterskorna ett stort ansvar för patienter med typ-2 diabetes (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). Därför fokuserar föreliggande studie på primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes. Studien belyser hur dessa upplevelser påverkas av andra yrkeskategoriers uppfattningar, gammal och ny forskning, gällande vårdprogram och den alltmer pålästa patienten. Likaså belyses vilka verktyg som uppfattas stå till buds vid rådgivningen och hur patienten motiveras till att följa råden. Vilka förväntningar har Primärvården Skaraborg et. al. (2005), Socialstyrelsen (1999) och patienten på mötet med diabetessjuksköterskan i samband med kostrådgivning? Nedan beskrivs diabetessjuksköterskans kompetens och bakgrund utifrån Vårdprogram Diabetes 2004-2006 (Primärvården Skaraborg et. al., 2005) och Socialstyrelsen (1999).

BAKGRUND

Diabetessjuksköterskans kompetens

Sjuksköterskor som ger kostråd till diabetespatienter går under olika benämningar t.ex. diabetessjuksköterska (Primärvården Skaraborg et. al., 2005) och legitimerad sjuksköterska med specialisering i diabetesvård (Fernström et. al., 2006). I studien används benämningen diabetessjuksköterska.

I slutet av 1970 – talet utarbetades det första vårdprogrammet för diabetesvården. Sedan dess har sjuksköterskor på olika sätt specialiserat sig inom diabetesvården (Fernström et. al., 2006). Grundutbildningen för diabetessjuksköterskan är legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen (2005) tar upp huvudsakliga arbetsområden som åläggs en legitimerad sjuksköterska vilka betecknas som olika kompetenser. Dessa kompetenser är omvårdnadens teori och praktik, forskning och utveckling, och ledarskap. Dessa tre kompetenser ska genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Fernströms et. al., (2006) kompetensbeskrivning för diabetessjuksköterskor tar också upp forskning, utveckling och ledarskap. Övriga kompetensområden som beskrivs är vårdvetenskap, medicinsk kunskap och pedagogik. Vårdvetenskap innehåller kunskaper om hur det är att leva med diabetes. Innefattande ett praktiskt perspektiv, psykologiska faktorer, behandlingsåtgärder och förmågan att se och åtgärda försämringar i sjukdomsbilden. Kompetensområdet medicinsk kunskap innehåller ökade kunskaper om diabetessjukdomen och dess följder, uppföljning av patientens hälsotillstånd, förebyggande av ev. komplikationer och olika diabetesläkemedel. Inom det pedagogiska området ingår att kunna stödja, uppmuntra och undervisa både patienter och anhöriga. Detta stämmer väl med den målsättning som Socialstyrelsen (1999) har för diabeteskontroller. Det finns inget exakt antal högskolepoäng som ska uppnås för att erhålla yrkestiteln, diabetessjuksköterska. Fernström et. al. (2006) har därför funnit det angeläget att utarbeta ett dokument där det klargörs vilken kompetens och utbildning sjuk-

sköterskan bör ha för att kunna arbeta med diabetesvård. Detta ska underlätta för arbetsgivaren vid anställning, vara vägledande för högskolor vid planering av utbildning och även göra det tydligare för diabetespatienten, vilken kompetens diabetessjuksköterskan har.

Fernström et. al. (2006) beskrivs olika nivåer av utbildningar, vilka ger olika kompetenser hos diabetessjuksköterskan.

- Nivå 1.1: 30 högskolepoäng Leg. sjuksköterska med specialisering i diabetesvård.
Nivå 1.2: 37.5 högskolepoäng Leg. sjuksköterska med avancerad specialisering i diabetesvård (Magisterexamen).
Nivå 2: 60 högskolepoäng Leg. sjuksköterska med avancerad specialisering i diabetesvård och med utvecklingsansvar (Masterexamen).
Nivå 3: 180 högskolepoäng Leg. sjuksköterska med avancerad specialisering i diabetesvård och med ansvar för diabetesvårdsforskning och evidensbaserad diabetesvård (Doktorsexamen).

De flesta yrkesverksamma diabetessjuksköterskor har 15-30 poäng i diabetesvård och utöver detta en lång yrkeserfarenhet av diabetesvård som kan valideras i eventuell fortsatt utbildning (Fernström et. al., 2006). Diabetessjuksköterskorna i Primärvården Skaraborg har med detta en speciell kompetens och erfarenhet av arbete med patienter med typ-2 diabetes, varför de intar en specifik roll i patientarbetet.

Diabetessjuksköterskans roll i patientarbetet

Socialstyrelsen (1999) har fastslagit att alla diabetessjuka ska ha tillgång till ett diabetesteam. I det fullvärdiga diabetesteamet ingår läkare, sjuksköterska, dietist och foterapeut. Socialstyrelsen (2004) betonar att särskilt utbildade diabetessjuksköterskor borgar för god kvalitet till patienten med typ-2 diabetes. Socialstyrelsen anser således att det optimala för en patient med diabetes är att ha tillgång till en diabetessjuksköterska i ett diabetesteam. Det gynnar även informationsflödet mellan vårdgivare och patient att ha tillgång till en diabetessjuksköterska. Detta beskriver Lawton et. al. (2005) och menar att diabetessjuksköterskan är bra på att skapa en relation med patienten där patienten känner sig tillåten att ställa frågor. I diabetesvården i Skaraborg är diabetessjuksköterskan en nyckelperson (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). Förutom vad som finns angivet i diabetessjuksköterskans arbetsbeskrivning kan ansvarig läkare delegera en än större del av ansvaret för diabetesvården och för organisering av vården. Socialstyrelsen (2003) skriver om betydelsen av kontinuitet i de fasta kontakterna i primärvården och att det ska finnas hög tillgänglighet för oplanerade besök eftersom det är viktigt för patienten. I Primärvården Skaraborg är diabetessjuksköterskan den som är den fasta kontakten för en patient med typ 2-diabetes. Då diabetessjuksköterskan är den som mest frekvent träffar patienten blir kostrådgivning en vanlig uppgift för diabetessjuksköterskan.

Inom Primärvården Skaraborg har diabetessjuksköterskan en viktig roll för att höja kvaliteten på diabetesvården (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). Detta sker genom rapportering till det Nationella diabetesregistret (NDR). Registrering till NDR ska ske vid alla sjukhus, vårdcentraler och husläkarmottagningar i Sverige. Registrering består i att registrera gemensamma indikatorer i ett dataregister. Ur registret tas sedan uppgifter om nuläget fram och effekter av åtgärder som vidtagits. Socialstyrelsen (1999) betonar att detta

är ett prioriterat område för att höja kvalitén. I Socialstyrelsens (2004) framkommer att alla vårdcentraler i Sverige inte har diabetessjuksköterskor och att inte alla vårdcentraler rapporterar till NDR. I arbetet med att höja kvalitén är förutom registrering i NDR strävan att nå uppsatta mål en viktig del. Målen finns som allmänna mål, så som förbättrat hälsotillstånd, högre livskvalitet och längre liv för patienter med typ 2-diabetes och mer specifika mål som utveckling av vårdprogram, information och utbildning av patienter, anhöriga och allmänheten om diabetes (Socialstyrelsen, 1999). Det är viktigt att målen är kända för diabetessjuksköterskan.

Av ovanstående resonemang kan man dra slutsatsen att diabetessjuksköterskan i primärvården har en betydande roll i vården av typ 2-diabetikerna. Vad är det då som gäller vid kostrådgivning till denna patientgrupp?

Tidigare forskning kring kostråd för patienter med typ-2 diabetes.

Diabetessjuksköterskorna i Primärvården Skaraborg följer vårdprogrammet (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). I detta vårdprogram framhävs kostens betydelse vid typ-2 diabetes. Tallriksmodellen är grunden i kostråden och ska fungera som ett hjälpmedel för patienten. Livsmedelsverket (2005) anger att huvuddelen, 55 %, av energiintaget ska komma från kolhydrater med lågt glykemiskt index. Glykemiskt index (GI) står för hur snabbt kolhydrater reabsorberas och orsakar stegring av P-glukos. Kost med lågt glykemiskt index gör att man kan minska doseringen av diabetesmediciner. Detta tar Ma et. al. (2007) upp i sin artikel men betonar även att LDL- kolesterolet sänks vid en kost med lågt glykemiskt index. Typen av fett i kosten har betydelse för risken att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). Fettet som rekommenderas är omättat fett och att mängden mättade fetter ska reduceras. Orsaken till detta står inte i vårdprogrammet, men Mann (2006) förklarar det med att insulinkänsligheten ökar om patienten ersätter mättade fetter med omättade fetter. Fett med sitt höga energiinnehåll har även betydelse för övervikt. Övervikt ökar insulinresistensen, vilket gör att viktnedgång är viktigt för en patient med typ-2 diabetes. Enligt Mann (2006) kommer även en liten viktnedgång att öka patientens känslighet för insulin. För att gå ner i vikt krävs minskat energiintaget och därför ska fettet i kosten inte överstiga 35 % (Mann, 2006). Ericson (2002) skriver att om man sänker det totala fettintaget genererar detta positiva effekter på både LDL och VLDL.

Det finns andra åsikter om hur kosten bör vara sammansatt till en patient med typ-2 diabetes. Ma et. al. (2007) beskriver lågkolhydratdieten som ett alternativ till tallriksmodellen. Lågkolhydratdieten ger samma glykemiska kontroll (mätt i B-HbA1C) trots mindre intag av läkemedel för diabetes. Nielsen et. al. (2006) förordar också denna diet och skriver att en diet på bara 20 % kolhydrater, 30 % protein och 50 % fett ger den bästa effekten för en överviktig patient med typ-2 diabetes, detta då dieten ger en bra mättnadskänsla och leder till viktminskning. Nielsen et. al. (2006) visade att 15 av 16 patienter som strikt följde denna kost hade en lägre vikt efter 22 månader då studien avslutades. Nielsen et. al. (2006) menar även att en kolhydratrik kost stör energibalansen och stimulerar aptiten så patienten upplever mer hunger. Socialstyrelsen (2008) anger att denna kost inte är så väldokumenterad som vore önskvärt men att kolhydratsnål kost trots detta kan sägas vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet för patienter med typ 2-diabetes.

Alvarsson et. al. (2007) tar upp Atkins diet vilken förespråkar en fördelning på 60 % fett,

35 % proteiner och bara 5 % kolhydrater. Denna diet kan dock medföra risk för brist på fibrer, antioxidanter, B-vitamin och Kalium i kombination med för mycket fett. GI metoden innebär att undvika snabba kolhydrater för att få ett jämnare blodsocker. Lite av denna tanke finns i tallriksmodellen vilken dock inte går så långt som GI metoden där vitt bröd och potatis förbjuds.

Oavsett vilken kost som kommer att vara rådande framöver är den stora frågan om diabetessjuksköterskan (eller någon annan yrkeskategori inom vården) kan få patienten att genomföra eventuellt nödvändiga kostförändringar.

Tidigare forskning kring patientens förmåga till livsstilsförändring

Under 2000-talets början har två så kallade kontrollerade och randomiserade studier gett övertygande bevis för att regelbunden motion, koständring och viktminskning har effekt vad gäller sjukdomsförloppet för typ 2-diabetes (Alvarsson et. al., 2007).

Diabetessjuksköterskans påverkan på patienten till livsstilsförändring

Då kost är en parameter som väsentligen påverkar en patient med typ-2 diabetes börjar diabetessjuksköterskan med att under första besöket göra en kostanamnes. Detta överensstämmer med Skafjeld (2006) som skriver att kartläggningen av koststatus vid diabetes i första hand är sjuksköterskans ansvar och att det ofta då blir uppenbart att patienten bör ändra sina kostvanor. I detta läge är det viktigt för diabetessjuksköterskan att göra ett etiskt ställningstagande innan råd ges, eftersom det diabetessjuksköterskan upplever som hälsa inte självklart är det som patienten upplever vara hälsa. För vissa patienter kan kosten vara den största källan till njutning och ge god livskvalitet även om den i stort inte gynnar hälsan. Ewles et. al. (2005) beskriver en rad frågeställningar diabetessjuksköterskan bör ta ställning till innan råd ges. Kostrådgivning skiljer sig inte bara åt utifrån patienten som individ utan är även beroende av vilken typ av diabetes patienten har. Vid kostrådgivning till personer som har typ 2-diabetes bör sjuksköterskan informera om kostens effekt på blodsocker, blodfetter och vikt (Skafjeld, 2006). En kostomläggning kan bli svår för patienten då det gäller förändring på flera områden. Rudenfelt et. al. (2004) menar att sjuksköterskan bör identifiera och diskutera hindren för genomförandet av kostbehandlingen då detta leder till ökad följsamhet. Det ställer krav på patienten men även på vårdpersonalen, i detta fall diabetessjuksköterskan, för att en kostförändring ska komma till stånd. Det finns olika modeller som kan användas då diabetessjuksköterskan vill motivera patienten att få till stånd en kostförändring. För att påverka människors motivation bör angelägenhetsgraden undersökas, vad som kan upplevas som för och nackdelar, samt försöka känna av vilken tro patienten har på sin egen förmåga att upprätthålla ett nytt beteende. Ewles et. al. (2005) tar upp enkla frågor att ställa till patienten för att få fram angelägenhetsgraden och tron på förmågan. Här är det viktigt att lyssna aktivt för att kunna vara behjälplig i att utforma en plan för måluppfyllelse tillsammans med patienten. Som diabetessjuksköterska ska du hjälpa patienten att fatta rätt beslut. Ewles et. al. (2005) skriver om en strategi som diabetessjuksköterskan kan använda. Strategin går ut på att skapa en bra atmosfär, identifiera och utforska patientens behov och problem. Då patientens behov och problem är fastställda ska målen sättas. Det är då viktigt att det är patienten själv som kommer med förslag (Ewles et. al., 2005). Det ska upprättas olika handlingsalternativ som patienten kan ta ställning till. Diabetessjuksköterskan har ansvar att informera patienter och anhöriga om kostens betydelse. Allmänt kan man säga

att patienter och närstående generellt önskar vara välinformerade (Jahren Kristoffersson et. al., 2006). Även om patienten väljer ett handlingsalternativ som diabetessjuksköterskan inte tycker är det mest lämpliga är det viktigt att diabetessjuksköterskan trots detta hjälper och stödjer patienten i dennes val (Ewles et. al., 2005). Det åligger diabetessjuksköterskan att följa upp att, och på vilket sätt, de uppsatta målen nås.

Patientens förmåga till livsstilsförändring

Rudenfeldt (2004) skriver att patienten är påverkad av tidigt grundlagda kostvanor men även av faktorer som att patienten är beroende av någon närstående vid matinköp när livsstilsförändringar ska göras. Vijan et. al. (2004) menar att kostnaden för ändrade matinköp är ett problem vid livsstilsförändring. Detta är dubbelt problematiskt då förekomsten av komplikationer till typ-2 diabetes är proportionellt större i grupper med låg inkomst. Förmågan att göra en kostförändring påverkas mestadels positivt av det familjesupport patienten får. Får patienten dock överdrivet socialt stöd finns enligt Rudenfeldt et. al. (2004) en risk att patienten upplever anhöriga och vänner som påstridiga. Detta kan ge motsatt effekt vilket kan leda till att patienten inte följer föreslagna kostråd. Det är viktigt att patienten korrekt uppfattar vad diabetessjuksköterskan säger. Detta är extra viktigt om patienten har en annan kulturell bakgrund (Vijan et. al., 2004). Vad löper patienten för risk om diabetessjuksköterskan inte kan få patienten att förändra sina kostvanor? Det kan inte tas för givet att patienten är beredd att offra något för en kostomställning även om behovet kan vara uppenbart. Nedan beskrivs riskerna med en felaktig kost vid diabetes typ-2.

Risker för diabetespatienter med felaktig kost

I flera studier visas ett samband mellan svårighetsgraden av komplikationer och glukoshalten i blodet (Hellerström et. al., 2002). En patient med typ-2 diabetes har svårare att hålla en jämn blodsockernivå då patienten har insulinresistens och kräver mer insulin för att kunna ta upp glukos i muskel och fettceller. Enligt Hellerström et. al. (2002) har en patienter med typ 2-diabetes 30-40% lägre insulineffekt på glukosupptaget i musklerna. För en patient med typ-2 diabetes betyder det att beta-cellerna i pankreas belastas mer och utsöndrar mer insulin för att patienten ska kunna tillgodogöra sig glukos. I detta skede kan en patient med typ-2 diabetes få den egna insulinproduktionen att räcka till för att få en bra blodsockernivå efter måltid innehållande en liten mängd av så kallade snabba kolhydrater (Alvarsson et. al., 2007). Till slut kan dock beta-cellerna inte anpassa sin insulinproduktion till insulinbehovet och blodets glukoshalten stiger (Hellerström et. al., 2002). Patienten riskerar nu att få höga blodsockervärden, hyperglykemi. Detta innebär att ”positiva” livsstilsförändringar förbättrar blodsockernivån men det räcker inte alltid till utan många personer med typ 2-diabetes behöver komplettera med blodsockersänkande tabletter eller insulin (Alvarsson et. al., 2007). Målet för en patient med typ 2-diabetes är alltså att hålla blodglukoshalten normal och undvika hyperglykemi och därigenom minska risken för senkomplikationer (Ericsson, 2006). Ständig hyperglykemi medför komplikationer i många olika organ. De celler som mår sämst av hyperglykemi är de insulinoberoende vävnaderna till exempel kärlendotel, nervceller, njurceller och olika blodkroppar (Ericsson, 2006). Skador i kärlendotelen ökar risken för åderförkalkning. För patienter med typ 2-diabetes ingår i kostförändring även att sänka de skadliga blodfetterna, LDL och VLDL. Orsaken till det är att kärlendotelet är skadat och en förhöjning av LDL- kolesterol ökar oxiderat LDL- kolesterol som tas upp av kärlendotelet (Ericsson, 2006). Här startar en

åderförkalkningsprocess som kan sluta med trombos. En felaktig kost leder också till övervikt. Övervikt, i synnerhet bukfetma, har en rad negativa effekter (Alvarsson et. al., 2007). Alvarsson et. al. (2007) beskriver de fettsyror och cytokiner som lagras i buken och frigörs vid bukfetma. Dessa ämnen påskyndar åderförkalkning, skadar blodkärl och nerver. Cytokinerna skadar även beta-cellerna i pankreas. Att just bukfetma är förknippat med dessa komplikationer beror på att fettväven runt bukorganen via blodet har direkt förbindelse med levern (Hellerström et. al., 2002). Kosten påverkar enligt ovanstående tydligt både P-Glukos och vikt, vilket ytterligare förtydligar diabetessjuksköterskans viktiga roll i diabetessjukvården.

PATIENTUNDERVISNING – OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV

I ovanstående resonemang kan man läsa att diabetessjuksköterskan har en roll i att undervisa patienten i frågor som rör kost och kostintag. Detta stämmer väl med Fernström et. al. (2006) där pedagogik ingår. Syftet med undervisningen är att bidra till att patienten själv är aktiv och påverkar sin situation (Jahren Kristoffersson et. al., 2006). Diabetessjuksköterskan ska ge patienten stöd för att ta kontroll över sin sjukdom och i det innefattas kostförändringar. Detta redskap kallas empowerment. Empowerment är en social process där patienten inser nödvändigheten av att befrämja och höja sin förmåga att tillfredställa sina egna behov, lösa sina egna problem, och skaffa sig de nödvändiga resurserna för att kunna ta kontroll över sina liv (Forsberg et. al., 1997). Detta stämmer med omvårdnadsteoretikern Dorothea Orems *teori om egenvård* som går ut på att sjuksköterskan använder sin kunskap för att öka patientens kapacitet för egenvård (Jahren Kristoffersson et. al., 2006).

PROBLEMFÖRMULERING

Studiens litteratursökning visar att nyare artiklar relaterade till kostrådgivning för patienter med typ-2 diabetes tenderar att belysa innehållet i rådgivningen på ett annat sätt än tidigare litteratur. Det är dock den tidigare litteraturen som ligger till grund för gällande vårdprogram för diabetes typ-2. Det är därför intressant att undersöka om den kostrådgivning som ges följer gällande vårdprogram eller har förändras mot senare rön.

Detta leder till följande frågeställningar:

Upplever diabetessjuksköterskan att hon/han är ansvarig för kostrådgivning?

Upplever diabetessjuksköterskan påverkan från andra yrkesgruppers uppfattningar?

Upplever diabetessjuksköterskan att patienterna blir mer ifrågasättande och pålästa?

Vilka svårigheter upplever diabetessjuksköterskan för patienten i att ändra sin kost?

Upplever diabetessjuksköterskan en diskrepans mellan gällande vårdprogram och sin egen inställning till olika dieter?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva diabetessjuksköterskors upplevelser vid kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes i primärvården.

METOD

Val av metod

Studien är utformad som en empirisk kvalitativ intervjustudie. Fördelen med en intervjustudie är den struktur som själva samtalet vid en intervju ger och att intervjuaren skaffar sig grundligt prövade kunskaper från källan avseende det som undersöks (Kvale, 1977). Brister i förberedelserna inför en intervju, såsom att intervjuaren är dåligt påläst, ställer ledande frågor eller inte ger informanten tillräckligt med tid är faktorer som negativt kan påverka de kunskaper man genom en intervjustudie kan få (Kvale, 1977). Författarna valde att göra en kvalitativ studie därför att ingen av dessa tidigare arbetat med kvalitativa data på ett mer strukturerat sätt och ansåg att denna kunskap kan vara meriterande och användbar i framtida yrkesverksamhet.

Urval och Datainsamling

Då bägge författarna till föreliggande studie har många års erfarenhet av arbete inom primärvårdsorganisationen i Skaraborg fanns kunskap om att det är inom primärvården finns patienter med diabetes typ 2 som i huvudsak vårdas för sin sjukdom där. Det var också känt att det är diabetessjuksköterskorna som är de som främst står för kostrådgivning till patientgruppen. Författarna inkluderade därför sex diabetessjuksköterskor verksamma inom två av primärvården Skaraborgs fem primärvårdsområden. Samtliga var kvinnor, över 45 år och minst 10 års arbetslivserfarenhet som diabetessjuksköterska. Enbart näraliggande primärvårdsområden inkluderades.

Författarna kontaktade de aktuella diabetessjuksköterskornas respektive vårdcentralsföreståndare per telefon eller personligt för att fråga om tillåtelse till intervjun. Informationsbrev skickades ut (Bilaga 1) till berörda diabetessjuksköterskor Alla vårdcentralsföreståndare respektive diabetessjuksköterskor gav sitt tillstånd till intervjun. Därefter bokades tider hos respektive diabetessjuksköterska. Författarna hänvisades för tidbokning till ordinarie system för tidbokning som gäller för patienter, det vill säga utan möjlighet till förtur. Detta resulterade i att författarna fick tillgång till en halvtimme per informant och med olika lång väntetid från det att kontakt togs.

Samtliga intervjuer genomfördes på tid och plats som föreslagits av respektive informant. Intervjuerna inleddes med en kort presentation från författarnas sida om syftet med studien och författarnas tanke kring bearbetning och återkoppling. Därefter spelades intervjuerna in med hjälp av diktafon och bärbar dator där det fritt nedladdnings bara programmet Audacity användes. Intervjun utgick ifrån ett antal förutbestämda frågor (Bilaga 2) som författarna ansåg väl skulle svara upp mot problemformuleringen. Aktiv tid för intervjuerna varierade mellan 15 och 25 minuter framförallt beroende på dels att den maximala tiden för förberedelser, aktiv intervju och avslut begränsades av en den i förväg inbokade halvtimmen. Att någon intervju blev så kort som 15 minuter berodde på avbrott för kontakt med kollega och hänvisning av patient.

Dataanalys

Innehållet i föreliggande studie har analyserats med hjälp av manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant. Begrepp

som används i enlighet med vald analysmetod är meningsbärande enhet, kod, subkategori och kategori. Meningsbärande enheter kan utgöras av ord, meningar och/eller sekvenser relaterade till varandra genom sitt innehåll och sammanhang. Dessa kondenserades till koder, subkategorier och kategorier. Kod är en etikett och sammanfattning av en meningsbärande enhet. Kategori svarar på frågan Vad? och uttrycker det manifesta innehållet, och innehåller ofta subkategorier. All ingående text i de meningsbärande enheterna analyserades. Ur koderna abstraherades subkategorier som i sin tur abstraherades till kategorier.

Texterna fick olika färger, en färg för varje informant. Bägge författarna läste var och en igenom samtliga intervjuer ett flertal gånger och markerade meningsbärande enheter. De meningsbärande enheter som markerades ansågs vara upplevelser som diabetessköterskan hade i samband med kostrådgivning. De meningsbärande enheterna kodades och särskildes från varandra utifrån innehåll. Författarna diskuterade och bestämde gemensamt vilka meningsbärande enheter som hörde ihop. Författarna diskuterade kring koderna vilka som hade ett starkare samband till varandra och fick på så sätt fram subkategorier och utifrån det kategorier.

Tabell 1. Beskriver dataanalysen.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Kostrådgivning beror på vilken person man har framför sig.	Individ baserat.	Patientens utgångsläge.	Kostrådgivning som utgår från patienten

Etiska aspekter

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) har slagit fast för individens skydd: informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Nyberg, 2000). Med utgångspunkt från dessa krav som belysts i det informationsdokument (bilaga 1) som informanterna tagit del av och med tanke på typen av frågor informanterna besvarat (bilaga 2), ansåg författarna att man tagit tillräcklig hänsyn till vanligt förekommande etiska aspekter utifrån informanternas synvinkel.

RESULTAT

Resultatet illustreras i nedanstående tabell:

Tabell 2. Illustrerar kategorin ” Kostrådgivning som utgår från patienten” med subkategorier och kategorin ” Kostrådgivning som utgår från diabetessjuksköterskan” med subkategorier.

Kategori		Subkategori	
Kostrådgivning som utgår från patienten	Patientens utgångsläge	Patientens motivation	Patientens kunskap
Kostrådgivning som utgår från diabetessjuksköterskan	Arbetslivs-erfarenhet	Synsätt på olika typer av kost	Ansvarsfördelning

Nedan beskrivs resultatet i form av de olika subkategorierna med belysande citat från intervjuerna. Dessa följs av de tillhörande kategorierna vilka utgör en sammanfattande och abstraherande beskrivning av resultatets innehåll.

Kostrådgivning som utgår från patienten

Patientens utgångsläge

Patienterna kommer till diabetessjuksköterskan med olika utgångsläge. Diabetessjuksköterskan gör en kostanamnes vid första mötet för att veta vad patienten äter i nuläget.

Det är viktigt att ta reda på hur patienten äter, det är den viktigaste utgångspunkten tror jag. (svart)

Visar det sig att patienter redan äter ”bra” mat och har stor kunskap om mat behöver diabetessjuksköterskan inte ge så mycket kostrådgivning. Det är nästan så att diabetessjuksköterskan ibland får lätta upp patientens syn på kosten.

En del patienter följer kostråden till punkt och prick och är nästan för nitiska..det går ut över livskvaliteten. (röd)

Det är viktigt att patienten mår bra psykiskt ofta blir fokus på det fysiska. Sedan finns det patienter som äter sämre men de har i stället stor möjlighet att via kosten förändra sitt sjukdomsförlopp. I denna patientgrupp finns det enkla åtgärder som ger bra resultat. Det kan vara att öka grönsaksintaget eller sluta med söta drycker. Diabetessjuksköterskan behöver förutom att ge kostråd lyfta fram det som är bra i patientens kost. Detta för att patienten inte ska ändra goda vanor.

..hitta vad som är bra då de kommer... (lila)

Det stärker patienten att känna att vissa av deras kostvanor är bra. De förändringar som diabetessjuksköterskan föreslår ska vara enkla och inte så långt ifrån där patienten är idag.

Starta så nära där patienten är idag i matväg så ändringarna blir små i början så man kan leva med dem. (turkos)

Genom att starta nära där patienten är idag blir det mer överkomligt för patienten att nå målet, därigenom ökar även patientens motivation.

Patientens motivation

Vilken förmåga patienten har att motivera sig själv till kostomställning är individuellt. En del patienter kan anamma en ny livsstil och hålla den jättebra medan andra patienter får det jättesvårt. Diabetessjuksköterskan måste se patienten som en enskild individ och lägga upp en individuell motivationsplan.

... det finns olika metoder att motivera och det måste ju vara så att det är individuellt. (Röd)

Som en röd tråd genom intervjuerna ser man att diabetessjuksköterskorna upplever att det är viktigt att fånga in patienterna tidigt. När patienten får sin diabetesdiagnos har de fått symtom och sökt vård (det händer att man finner diabetesjukdomen då patienten kommer för annan undersökning). I början är patienten väldigt fokuserad på sin sjukdom och har dessutom symtom från sjukdomen. I en sådan fas är motivationen för förändring stor. Kan man få kostråd i samband med debuten av sjukdomen är det lättare för patienten att motivera sig själv till kostomställning.

Patienten tar till sig kostråden väldigt bra i början det är då man har störst möjlighet att påverka. (blå)

Många patienter är väldigt motiverade i början. (svart)

Om diabetessjuksköterskan lyckas få patienten att ändra sin kost kan kostomställningen vara svår att hålla kvar. Patienten vänjer sig vid sin sjukdom och tappar en del av sin motivation.

...sen kan det vara svårt att hålla det i det långa loppet. (svart)

Här upplever diabetessjuksköterskan att det är viktigt med bra motivation i början av rådgivningen.

Ju bättre man motiverar ju längre hänger det i. (turkos)

Det gäller inte bara att komma in tidigt i sjukdomsförloppet utan kostråden ska vara rimliga att hålla i det långa loppet. Patienter och diabetessjuksköterskan ska vara överens om kostförändringarna, då blir patienten mer motiverad.

Man måste hitta punkter som patienten tycker är okey att ändra på. (grön)

I detta fall kan det vara patienten som kommer med förslag som patienten själv tycker sig kunna ändra. De patienter som kommer med egna förslag har ofta skaffat sig kunskap om mat.

Patientens kunskap

Diabetessjuksköterskorna upplever att kunskapen om mat är olika från patient till patient. Vissa patienter lämnar sig helt i diabetessjuksköterskans händer medan andra är aktiva i sökande efter information om kostens påverkan. De patienter som är aktiva och själva vill

ha en åsikt om hur de ska äta måste stöttas.

... att bestämma över kosten är jätteviktigt för patienten... kosten handlar om så mycket mer än mat. (blå)

Kost är en central del i människors liv. Måltiden är ett sätt att umgås, att få tröst eller helt enkelt överleva. Patienter med typ-2 diabetes blir införstådda med att kosten påverkar deras sjukdomsbild och kan skaffa information från olika källor. Det kan hända att informationen kommer från ovetenskapliga källor såsom Internet och veckotidningar. Detta kan vara både till för- och nackdel. En nackdel är att patienten fastnar för en diet som är ett ”modenyck” och som man inte vet vad den har för följder, det vill säga metoden är inte vetenskapligt beprövad. Diabetessjuksköterskan tycker dock att fördelarna uppväger. En patient som aktivt söker information och funnit en kost som de tror på är ofta villig att pröva den.

Tycker det är positivt att de kommer med egna tankar och förslag för då är de motiverade. (röd)

Det är inte bara motivationen som ökar om patienten prövar egna kostförslag, utan patienten kommer att få en egen utökad kunskap.

Det är inte fel att pröva något...det är bästa lärdomen. (röd)

Detta beror på att patienten får som uppmaning att testa P-glukos innan maten och två timmar efter, då ser patienten tydligt hur maten påverkar P-glukos. Målet är att individen ska få så mycket kunskap att patienten själv kan bedöma hur kosten kommer att påverka P-glukos.

Kategori - Kostrådgivning som utgår från patienten

Kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes innebär att diabetessjuksköterskan ska utgå från varje enskild individ i dennes unika situation. Diabetessjuksköterskan ska ge förslag på lämpliga kostförändringar för varje enskild patient och tillsammans med patienten sätta upp mål för kosten. Diabetespatientens fysiska och psykiska tillstånd påverkar förmågan till kostförändring och diabetessköterskan ska ta hänsyn till det. Diabetessjuksköterskan ska se vilka motivationsmetoder som är lämpligast för varje enskild patient och vilken kunskap patienten har om kost. Det går alltså inte att följa en gemensam mall utan här måste diabetessjuksköterskan använda sin kunskap för att finna den bästa vägen till en optimal kost som den enskilda patienten har möjlighet att kunna hålla fast vid. Att kunna finna olika lösningar för olika patienter kräver erfarenhet och kunskap hos diabetessjuksköterskan.

Kostrådgivning som utgår från diabetessjuksköterskan

Arbetslivserfarenhet

Arbetslivserfarenheten är något som har påverkat diabetessjuksköterskorna vilka intervjuades och tiden har gett diabetessjuksköterskan kunskap om vad som fungerar. Diabetessjuksköterskorna hade alla lång erfarenhet och många tankar kring kost och

kostråd. Diabetessjuksköterskan anser att de ska kunna stå för de kostråd man ger. Kostråden ska vara förenliga med vad de själva skulle kunna äta.

Tagit till mig det som verkar viktigt och som jag själv anser mig kunna följa. (turkos)

Jag försöker jobba på det sättet att jag står för det jag säger men det blir personligt för var och en. (röd)

Diabetessjuksköterskan betonar alltså även här det individuella och det gäller att sammanföra erfarenheter och kunskaper för att kunna ge individuella kostråd.

Jag känner nog att jag jobbar rätt så individuellt från person till person. (röd)

Det individuella återkommer då det gäller att skapa förtroende mellan varje enskild patient och diabetessjuksköterska. Detta är viktigt redan vid första mötet.

Viktigt att första kontakten blir bra...man måste skapa ett förtroende liksom. (grön)

Att ha kunskap och erfarenhet gör det lättare att vinna förtroende. Patienten märker att diabetessjuksköterskan är säker på sin kunskap, ändå ska diabetessjuksköterskan vara ödmjuk och lyssna på patienten.

Man kan inte gå in med för många pekpinningar. (lila)

Diabetessjuksköterskan ska lyssna och ta till sig det patienten säger, efter det är det diabetessjuksköterskan som ska komma med förslag. Det går inte att tvinga på patienten olika kostråd.

..jag kan bara hjälpa patienten på vägen. (turkos)

Även om diabetessjuksköterskans uppgift är att vara vägvisare finns det en grund att stå på och det är olika dieter och hur de påverkar P-glukos. Diabetessjuksköterskan har genom sin arbetslivserfarenhet erfarenhet då det gäller dieter vid kostrådgivning.

Synsätt på olika typer av kost

När diabetessjuksköterskan lämnar kostråd är det tallriksmodellen som är grunden. De använder tallriksmodellen då den dieten förespråkas i Vårdprogram Diabetes 2004-2005 men även att de genom erfarenhet vet att den fungerar.

Man är styrd av råden man ska ge men samtidigt har man jobbat i många år och ser att det är så. (lila)

Tallriksmodellen ligger nära den maten som många äter idag och kan då vara lättare att anamma. Att rekommendera dieter som skiljer sig mycket från det patienten äter idag gör att den dieten är svår att följa.

Man kan köra specialkoster en kort period för att gå ner i vikt, man får lite bättre värden men det är ytterst få som orkar hålla det i många år. (grön)

Diabetessjuksköterskan har tallriksmodellen som grund men om patienter, som är aktiva i att söka information, funnit en diet de vill pröva stoppas de inte.

Om någon bestämmer sig för annan diet är det upp till dem. (lila)

Även om det är upptill patienten att pröva annan diet ställer diabetessjuksköterskan upp med den hjälp hon kan bistå med. Hon har förståelse för att vissa patienter klarar och mår bättre av andra dieter än tallriksmodellen.

För vissa patienter skulle det vara bättre med en annan diet. (turkos)

Diabetessjuksköterskan menar inte att man ska frångå tallriksmodellen, erfarenheten hon har är att dieter kommer och går men tallriksmodellen består.

När det blåser nya vindar hänger vi med..men oftast hamnar vi på samma grund i alla fall. (grön)

Diabetessjuksköterskans upplevelse är ändå att kostråden kommer att förändras, inte att tallriksmodellen kommer att försvinna utan att det kommer att finna olika dieter att välja mellan. Även här kommer det individuella fram, det är så att vissa dieter passar vissa patienter bättre. Skulle nya kostråd bli godkända av livsmedelsverket, ska det finnas möjlighet att arbeta fram material till de nya godkända dieterna som diabetessjuksköterskan kan använda i sitt arbete med patienter som har typ-2 diabetes. Patienten ska få samma kostråd vart patienten än går i Primärvården Skaraborg.

Kostråden måste förändras över tid det är klart, bara vi gör likadant. (blå)

Att göra likadant är viktigt för att vinna patientens förtroende. Det finns olika yrkesgrupper som arbetar med kostrådgivning till diabetespatienten så här gäller det att ha en gemensam syn.

Ansvarsfördelning

Det var inom området ansvarsfördelning som diabetessjuksköterskorna skiljde sig åt. Vissa av dem önskade hjälp från andra yrkeskategorier medan andra tyckte att de klarade sig själva. Hur ansvaret delas är olika beroende på var diabetessjuksköterskan arbetar. De yrkesgrupper som nämns i intervjuerna och som arbetar med kostrådgivning till diabetikern förutom diabetessjuksköterskan är läkare och dietister. Läkaren tar oftast inte upp så mycket angående kosten. Vissa diabetessjuksköterskor konstaterade att det är så men lade inte så stor vikt vid detta faktum.

Läkarna ger kort med kostråd... (turkos)

Andra diabetessjuksköterskor tyckte att läkarna skulle vara mer aktiva i arbetet med kostrådgivning.

Jag önskar att läkaren tar upp det här hur man äter...jag tror det ger mer tyngd. (röd)

Diabetessjuksköterskorna var eniga om att dietisten ska ge kostråden. I intervjuerna framkommer att det finns ett tydligt samarbete med dietisten och att synen på kostråden var

lika. Dietisten hade inte alltid direkta patientkontakt utan det förekom att dietist och diabetessjuksköterskan istället hade samtal kring kost eller enskild patient. Diabetessjuksköterskorna hade olika upplevelser av om patienterna vill träffa en dietist eller inte.

De allra flesta vill komma till dietist. (lila)

Svårt att motivera patienten att gå till dietist. (blå)

De diabetessjuksköterskorna som inte upplevde att patienterna hade behov av dietist ansåg att det berodde på avståndet till dietisten eller att patienten var nöjd med att gå till diabetessjuksköterskan.

Jag upplever att det är oss de träffar, de får erbjudande att gå till dietist men alla vill inte gå till flera. (röd)

Upplevelsen om vem som hade mest ansvar för kostrådgivning då det gäller diabetessjuksköterskan och dietisten gick isär. Vissa diabetessjuksköterskor tyckte att dietisterna hade mest ansvar och gick mer på djupet.

Jag vet att dietisten går djupare in på det. (grön)

Medan andra diabetessjuksköterskor tyckte att kostrådgivning låg mer på diabetessjuksköterskan, fick de flesta frågorna och hade det största ansvaret kring kosten.

Jag kanske går in lite mer djupgående. (lila)

Jag ger mest kostråd då jag träffar patienten mest och jag känner dem bäst...jag har det övergripande ansvaret. (svart)

Att diabetessjuksköterskorna upplever sig ha stort ansvar för diabetespatienterna i Primärvården Skaraborg var alla informanter överens om.

Kategori – Kostrådgivning som utgår från diabetessjuksköterskan

Diabetessjuksköterskan är den personen i primärvården som träffar patienten oftast, vid dessa möten är det oundvikligt att ta upp kosten. Detta har lett till att diabetessjuksköterskan fått erfarenhet och kunskap om kostrådgivning. God kunskap och erfarenhet av kostrådgivning påverkar och ger mer tyngd i kostråden. Diabetessjuksköterskan har lättare att få patientens förtroende och har då möjlighet att motivera patienten till kostförändring. Diabetessjuksköterskan känner ett ansvar för diabetespatienten i Primärvården och är noga med att följa rekommenderade dieter vid kostrådgivning för att patienten ska få optimal vård. Samtidigt måste diabetessjuksköterskan kunna stötta patienten om patienten själv vill prova en annan diet. Den yrkeskategori som diabetessjuksköterskan har störst samarbete med i kostrådgivning är dietisten. Dietisten och diabetessjuksköterskan har samma syn på kostrådgivning och jobbar ofta nära varandra.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva upplevelser hos diabetessjuksköterskor och deras kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes. För att nå syftet att beskriva upplevelser

valde vi att göra en empirisk kvalitativ intervjustudie. Vi såg intervjuerna som en möjlighet att få information och kunskap direkt från källan, i detta fall diabetessjuksköterskorna, och som Kvale (1997) säger skaffa grundligt prövade kunskaper. Vi ville också uppnå en trovärdighet genom forskningsprocessens delar och valde då att använda innehållsanalys som dataanalys (Graneheim et. al., 2003). Graneheim et. al. (2003) beskriver också hur analysen av en text pendlar fram och tillbaka mellan delar och helheter vilket stämmer väl med hur analysen genomfördes.

Hade vi valt en litteraturstudie hade det förmodligen inte funnits tillräckligt med bakgrundsmaterial för att svara mot vårt syfte då mycket av det som ligger till grund för resultatet baseras på nyare rön, rekommendationer och trender.

Vad gäller urvalet av informanter är vi medvetna om att antalet, könsfördelning, åldersfördelning och geografisk fördelning kunde ha haft mer att önska, men som Kvale (1977) menar så får informanterna väljas utifrån studiens syfte, tid och tillgängliga resurser. Utifrån detta valdes antalet, könsfördelningen blev kvinnor eftersom det saknas män som är diabetessjuksköterskor inom Primärvården Skaraborg. Åldersfördelningen är representativ för diabetessjuksköterskor inom Primärvården Skaraborg. Vi anser dock att resultatet i huvudsak blivit detsamma även om valet av informanter varit annorlunda.

Vad gäller själva intervjusituationerna fanns en positiv inställning och vilja hos samtliga informanter att förmedla kunskaper och erfarenheter under de betingelser som fanns. Betingelserna för intervjuerna var i huvudsak goda, men tidspressade både ur den aspekten att författarna fått boka tid enligt tidboken som en vanlig patient och då endast fick totalt en halvtimme till förfogande för intervjun och delas att vanligt förekommande stormoment som kontakt med kollegor i vissa fall förkortade själva intervjutiderna. Vi anser inte att trovärdigheten i resultatet försämrats av betingelserna för intervjuerna, men de gav författarna en inblick i och förståelse för att en patient skulle kunna ha behov av mer tid hos sin diabetessjuksköterska för att på ett relevant sätt kunna känna trygghet i rådgivningen kring sin diabetes.

Vi anser att validiteten och trovärdigheten i vårt resultat är tillfredsställande då vi konsekvent använt den metod som Graneheim et. al.(2003) beskriver för analys och de riktlinjer som Kvale (1997) ger för kvalitativa intervjuer. De delar som skulle kunna försvaga validitet och trovärdighet är våra egna uppfattningar om vad som är relevanta meningsbärande enheter i analysen och vad som är relevanta frågor att ställa till informanterna för att nå syftet. Vi anser dock att med de diskussioner och samarbete vi som författare haft har vi kunnat minimera de mest subjektiva personliga uppfattningarna och kunnat återkoppla till referenslitteraturen.

Vi anser inte att vår studie skulle kunna medföra några etiska risker eller konsekvenser för våra informanter då vi informerat om förutsättningarna både innan, skriftligt, och vid intervjuernas start. Vi har också informerat om att informanterna får ta del av den färdiga studien.

Resultatdiskussion

Patientens utgångsläge

Under detta avsnitt av resultatet syns tydligt hur diabetessjuksköterskorna upplever att det är av största betydelse att ta reda på hur patientens livssituation ser ut vid det tillfälle då

kontakt etableras. Det är återkommande med viss variation på infallsvinklarna att det gäller att kartlägga de kostvanor som finns etablerade hos patienten och sedan utgå ifrån dessa i det fortsatta arbetet. Detta stämmer med målsättningen att vid nydebuterad diabetes kartlägga patientens kostvanor (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). Patientens utgångsläge har betydelse för vilka kostråd som kan bli aktuella. Det är diabetessjuksköterskans ansvar att ge förslag på olika kostråd men resultatet visar att det är upp till patienten att avgöra vilka kostförändringar som kommer att gälla som mål. Detta stämmer väl med det etiska förhållningssättet som uttrycks av Ewles et. al. (2005), att det är viktigt för diabetessjuksköterskan att tänka på att det hon/han upplever som hälsa inte säkert är det som patienten upplever vara hälsa.

Patientens motivation

Under detta avsnitt i resultatet syns att diabetessjuksköterskorna i huvudsak är överens om att det är lättast att kunna motivera en patient till kostförändring om man kommer in i ett tidigt skede nära sjukdomsdebuten, eller beskedet om diagnos. Merparten av diabetessjuksköterskorna uttrycker också att de upplever att patientens motivation till förändring är längre kvarstående om man etablerar en kontakt i ett tidigt skede. Detta stämmer inte helt överens med litteraturen då det finns risk med att ge information för tidigt. Risken är att patienten inte kan fokusera och ta till sig informationen (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). Resultatet visar även att diabetessjuksköterskan gör individuella motivationsplaner och använder olika metoder. Ruderfelt et. al. (2004) menar att det gäller att identifiera och diskutera hindren för kostförändring. I resultatet kan man läsa att diabetessjuksköterskan startar med kostråd nära den kosten som patienten äter idag för att hindren ska bli mindre och målet lättare att nå. Ewles et. al. (2005) menar att det är viktigt att det är patienten som kommer fram till förslag om kostförändring och mål som ska sättas upp. Här visar resultatet att diabetessjuksköterskan tycker det är bra om patienten själv kommer med förslagen eller att de är överens om kostförändringen.

Patientens kunskap

Även vad det gäller patientens kunskap om dieter visar resultatet att informationen från diabetessjuksköterskan måste vara individuell. Diabetessjuksköterskan upplever att beroende på patientens kunskap får diabetessjuksköterskan starta kostrådgivning på olika nivåer. Det finns tydliga skillnader mellan olika patienter i vad man har för kunskap om dieter och dess påverkan på diabetessjukdomen. Möjligheterna och förutsättning att söka information för att nå förändring är också individuellt (Rudenfelt, 2004). Resultatet visar att om patienten skaffat sig kunskaper om en diet är den lättare att genomföra. Att patientens kunskap generellt kan ökas genom diabetessjuksköterskans kompetens blir tydligt när man läser kompetensbeskrivning för diabetessjuksköterskor av Fernström et. al. (2006). Här beskrivs bl.a. kompetensområden som vårdvetenskap som innehåller kunskaper om hur det är att leva med diabetes och pedagogik där det ingår att kunna stödja, uppmuntra och undervisa patienter individuellt. För att kunna tillägna sig ökad kunskap är det som Vijan et. al. (2004) skriver viktigt att patienten verkligen förstår vad diabetessjuksköterskan säger. Detta inte minst om patienten har en annan kulturell bakgrund.

Arbetslivserfarenhet

Under detta avsnitt i resultatet framträder styrkan i arbetslivserfarenhet då det gäller att skapa ett förtroende hos patienten i samarbetet kring kostförändring. Erfarenheten gör diabetes- sjuksköterskans upplevelse av sin rådgivning till något positivt där hon/han kan använda sina erhållna kunskaper i motivationsarbetet tillsammans med patienten. I kompetensbeskrivningen (Fernström et. al., 2006) för diabetessjuksköterskor beskrivs olika nivåer av utbildningar för diabetessjuksköterskor. Man kan av detta förstå att det krävs arbetslivserfarenhet för att kunna tillägna sig dessa utbildningar. Att speciell diabetesutbildning är av värde i patientarbetet betonas av Socialstyrelsen (2004) som skriver att särskilt utbildade diabetessjuksköterskor talar för god kvalitet då det i utbildningen ingår utökade kunskaper i medicin, pedagogik och vårdvetenskap på vården till patienter med typ-2 diabetes.

Synsätt på olika typer av kost

Resultatet visar att diabetessjuksköterskan använder sig av tallriksmodellen vid kostrådgivning till typ-2 diabetikern. Detta stämmer med vårdprogram Diabetes 2004-2006 (Primärvården Skaraborg et. al., 2005). Även om grunden i kostrådgivning är tallriksmodellen är diabetessjuksköterskorna öppna för om patienten vill pröva annan diet. Resultatet visar att diabetessjuksköterskan tycker att olika patienter klarar olika dieter olika bra och att rekommenderade dieter i framtiden kommer att vara flera. Låg kolhydratdieten kan vara en av de ”nya” dieterna som kan bli aktuella i diabetesvården. Ett första steg i detta är att Socialstyrelsen (2008) beskriver låg kolhydratdieten som en diet som är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I resultatet kan man läsa att diabetessjuksköterskorna inte kommer att lämna tallriksmodellen förrän eventuellt nya dieter kommer att beskrivas och rekommenderas i Primärvården Skaraborgs Vårdprogram för Diabetes. I Nationella riktlinjer för vård och behandling av diabetes betonar man att det är viktigt att alla vårdgivare följer samma kostråd (Socialstyrelsen, 1999). Detta stämmer med resultatet som visar att diabetessjuksköterskorna tycker det är viktigt att diabetespatienter i Primärvården Skaraborg ska få samma kostråd vart det än vänder sig oavsett yrkeskategori.

Ansvarsfördelning

Resultatet visar att diabetessjuksköterskorna upplever sig ha stort ansvar för diabetespatienterna i Primärvården Skaraborg. De känner patienten bäst och träffar patienten oftast. Detta stämmer väl överens med Vårdprogrammet 2004-2005 (Primärvården Skaraborg et. al., 2005) som menar att diabetessjuksköterskan är en nyckelperson i diabetesvården. Socialstyrelsen (2003) betonar betydelsen av kontinuitet i de fasta kontakter i primärvården, vilket ju kan ses som en förutsättning för att kunna följa upp ett påbörjat arbete mot ett visst mål. Då det gäller upplevt ansvar för kostrådgivning visar resultatet att diabetessjuksköterskorna till viss del har olika uppfattning. Resultatet visar att den yrkesgrupp som upplevs dela ansvaret med diabetessjuksköterskan är dietisterna. Det stämmer med Primärvården Skaraborg et. al. (2005) som menar att alla med diabetes bör få träffa dietist. Socialstyrelsen (1999) anger att en dietist bör ingå i diabetesteamet. I resultatet kan man läsa att dietist inte alltid blir inkopplad. Orsaken till det är att patienten inte anser sig i behov av att träffa dietist eller inte vill åka till en dietist om den inte finns i huset. Socialstyrelsen (1999) och Primärvården Skaraborg et. al. (2005)

betonar även att patienten ska vara delaktig i besluten som fattas angående vården. Detta betyder att patienten ska erbjudas dietistkontakt men med full rätt att avstå. Detta stämmer väl med resultatet som visar att diabetessjuksköterskorna erbjuder dietistkontakt men om patienten önskar avstå tar diabetessjuksköterskan ansvaret för kostrådgivning. I dessa fall har diabetessjuksköterskan telefonkontakt med dietist för att få råd, eftersom att ge råd och utbildning är en av dietistens uppgifter (Primärvården Skaraborg et. al., 2005).

Kategorierna - Kostrådgivning som utgår från patienten respektive diabetessjuksköterskan

I resultatet framkom två kategorier som tydligt påverkar kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes, diabetessjuksköterskan respektive patienten. Resultatet under subkategorin "Patientens kunskap" visar att diabetessjuksköterskan behöver utökad medicinsk kompetens i ämnet diabetes för att kunna stötta patienten i kostförändringen. Förutom refererad kompetens behövs kompetens i pedagogik, vilket stämmer väl med Fernström (2006) som tar upp bägge dessa kompetenser i diabetessjuksköterskornas kompetensbeskrivning och Maldonato et. al. (1995) som menar att pedagogik är en viktig kompetens i diabetesvården. Denna pedagogiska kompetens är ett måste för att den andra kategorin, patienten, som kom fram i resultatet, ska kunna bli delaktig och få motivation till kostförändring. Resultatet i "Patientens motivation" visar att diabetessjuksköterskan använder denna pedagogiska kompetens för att stödja varje patient individuellt. Detta för att öka motivationen och patientens kapacitet till egenvård. Detta överensstämmer med Orems teori om egenvård (Jahren Kristoffersson et. al., 2006). Det är inte bara det fysiska i diabetessjukdomen som diabetessjuksköterskan ska beakta. I resultatet under subkategorin "Patientens utgångsläge" kan man läsa att diabetessjuksköterskan även måste bedöma patientens psykiska tillstånd. Mår patienten dåligt psykiskt äter patienten ofta sämre och har svårt att motivera sig till kostförändring. Detta stöds av Fernström (2006) som tar med vårdvetenskap (hur patienten påverkas av att leva med diabetes) i diabetessjuksköterskans kompetensbeskrivning. Resultatet visar följaktligen att diabetessköterskans kompetens och erfarenhet behövs för att skapa samverkan i samband med kostrådgivning mellan patienten och diabetessjuksköterskan. I Primärvården Skaraborg ska en diabetessjuksköterska ingå i ett fullvärdigt diabetesteam. Enligt de nationella riktlinjerna behöver Landstingen inte ha diabetessjuksköterskor i vården av diabetespatienter, det som behövs är sjuksköterskekompetens (Socialstyrelsen, 1999). Ser man på resultatet i denna studie kan det tyckas märkligt då diabetessjuksköterskans kostrådgivning går ut på att ha förmåga att individuellt kunna stödja patienten (pedagogik) och kunna förklara för patienten hur kosten påverkar diabetessjukdomen (utökad medicinsk kunskap i diabetes). Denna kunskap har diabetessjuksköterskan men inte sjuksköterskan i sin utbildning (Fernström, 2006; Socialstyrelsen, 2005).

Primärvården Skaraborg har diabetessjuksköterska ingående i diabetesteamet och har även gett henne/honom ett utvidgat ansvar för typ-2 diabetiker.

Konklusion

Vi anser att studiens resultat väl svarar upp mot syftet att beskriva diabetessjuksköterskors upplevelserbav kostrådgivning till patienter med typ-2 diabetes. Vår tanke med studien var att visa att diabetessjuksköterskan är en viktig del i vården av diabetespatienten i Primärvården Skaraborg. Detta överensstämmer med resultatet som visar att den

kompetens med vårdvetenskap, pedagogik och utökad medicinsk kunskap som ingår i diabetessjuksköterskans utbildning är väsentlig i vården av diabetespatienter. Vi anser även att studien tydligt visar att deras erfarenhet påverkas av individuella skillnader hos både patient och diabetessjuksköterska, vilket väl styrks av tidigare forskning. Vi ser också att trots att diabetessjuksköterskorna i primärvården inte har så många gemensamma forum är deras arbets- och tankesätt förvånansvärt likriktade. Resultatet kan inte betraktas som nydanande, men kan med fördel användas för att betona de delar i rådgivningen som är av värde att beakta för att nå uppsatta mål med kostrådgivning för den enskilde patienten. När man uppsatta mål ökar välbefinnandet och sannolikheten för att slippa komplikationer hos patienten samtidigt som arbetstillfredsställelsen hos diabetessjuksköterskan ökar.

Vi anser även att man med fördel skulle kunna gå vidare med forskning kring det bakomliggande, latent innehåll som skulle kunna analyseras fram ur det grundmaterial som författarna använt i föreliggande studie.

REFERENSER

- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., & Örtqvist, E. Östensson, C-G.. (2007). *Diabetes*. Kristiansstad: Karolinska Institutet University press.
- Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Ewles, L., & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Fernström, L., Hanås, P., Johansson, K., Jönsson, Å., Pilström, K., Wikblad, K., & Östlinder, G. (2006). *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska i diabetesvård*. Bromma: Brommatryck&Brolins AB.
- Forsberg, E., Starrin, B., (1997). *Frigörande kraft – Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hellerström, C., Kaj, G. Dock, A-M., Cederquist, E., & Wallberg-Henriksson, H. (2002). *Diabetes, forskningen, framstegen, framtiden*. Kristianstad: Vetenskapsrådet.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvendt, F., & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad*. Denmark: Liber.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lawton, J. Parry, O. Peel, E. Douglas, M. (2005). Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed Type 2 diabetes patients' experiences and views. *Diabetic Medicine*, 22, 1246-1251.
- Livsmedelsverket (2005). *Svenska näringsrekommendationer*. Stockholm: Livsmedelsverket.
- Ma, Y., Olendzki, B., Merriam, P., Chiriboga, D., Culver, A., Li, W., Hébert, J., Ockene, I., Griffith, J., & Pagoto, S. (2007). A randomized clinical trial comparing low-glycemic index versus ADA dietary education among individuals with type 2 diabetes. *Nutrition*, 24(2008).
- Maldonato, A., Bloise, D., Massimo, C., Fratticelli, E., & Fallucca, F. (1995). Diabetes mellitus: lessons from patient education. *Patient Education and Counseling* 26 (1995) 57-66.
- Mann, J.I. (2006). Nutrition Recommendations for the Treatment and Prevention of Type 2 Diabetes and the Metabolic Syndrome: An Evidenced-Based Review. *Nutrition Reviews*, Vol. 64 No. 9.
- Nielsen, J., & Joensson, E. (2006). Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes. Stable improvement of bodyweight and glycemic control during 22 months follow-up. *Nutrition & Metabolism* 2006, 3:22.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Primärvården Skaraborg, Skaraborgs sjukhus, & Kommunförbundet Skaraborg (2005). *Vårdprogram Diabetes 2004-2006*. Mariestad: Primärvården Skaraborg, Skaraborgs

- sjukhus, Kommunförbundet Skaraborg.
- Rudolf, D., & Axelsson, L. (2004). Patientundervisning vid diabetes – faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. *Vård i Norden*, 4/2004, No. 74 Vol. 24.
- Skafield, A. (2006). *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2004). *Primärvårdens tillgänglighet, prioriteringar och kvaliteter*. (Artikelnr 2004-109-4).
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (Artikelnr 2005-105-1). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus – Version för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003). Trygghet – en studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården. (Artikelnr.2003-123-21). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). Nytt från Socialstyrelsen nr 4/08. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vijan, S., Stuart, N.S., Fitzgerald, J.T., Ronis, D.L., Hayward, R.A., Slate, S., & Hofer, T.P. (2004). Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabetic medicine*, 2004, 22, 32-38.

Bilaga 1

Inbjudan att delta i en intervjustudie om kostrådgivning till patienter med diabetes typ-2 i primärvård

Vi är två sjuksköterskestudenter i slutet av vår utbildning. I utbildningen ingår att göra ett examensarbete i omvårdnad. Vi är intresserade av kostrådgivning till patienter med diabetes typ II, därför att kosten är en av hörnstenarna i diabetesbehandlingen. Här har diabetessköterskan en viktig roll.

Därför vill vi ta del av dina erfarenheter av kostrådgivning till dessa patienter inom primärvården. Om du väljer att delta, går studien till så här: Du träffar en av oss på en plats därvid kan prata ostört. Du bestämmer plats. Intervjun tar ca 45 minuter och spelas in på band.

Deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst. De enda som kommer att ta del av materialet är vi som utför studien och vår handledare. Det färdiga arbetet kommer vi att skicka ut till er som deltagit i studien.

Vi kontaktar dig inom kort för att höra om du har intresse av att delta i vår studie.

Ami Hertzman

070 480 06 40

amihertzman@gmail.com

Kiki Broholm

073 573 72 81

kiki.broholm@gmail.com

Handledare:

Christina Friberg Andersson

0500-44 84 76

christina.friberg.andersson@his.se

Bilaga 2

Frågor till diabetessköterskor

1 Vilken kostrådgivning ger du till typ 2-diabetiker?

2 Hur upplever du att din egen inställning och erfarenhet av kosten/dieter stämmer överens med de kostråd du ger?

3 Hur upplever du att patienten tar till sig dessa kostråd?

4 Hur upplever du dina möjligheter att motivera patienter till kostförändringar?

5 Hur upplever du att patientens uppfattning och kunskaper påverkar din rådgivning?

6 Hur upplever du andra yrkeskategoriers inställning till kostråden som ges till typ 2-diabetiker?

7 Vad är din upplevelse om vem som har största ansvaret för kostrådgivningen till typ 2-diabetikern?