



Kurs SSK 216, Examensarbete, 10 poäng  
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

## **Omvårdnadsarbete och följsamhet i relation till personer med typ-2 diabetes.**

maj 2001  
Författare: Jenny Jacobsson

Ej avsedd för publikation

Handledare: Helen Persson

Justerat och godkänt

Datum

---

Examinator

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sida
INLEDNING	5
BAKGRUND	5
<b>Följsamhet</b>	5
<b>Hälsa</b>	8
<i>Hälsans subjektiva dimension</i>	8
<b>Omvårdnadsteori</b>	9
<b>Dorothea Orems omvårdnadsteori</b>	10
<b>Sjukdomen diabetes</b>	13
<i>Behandling och mål</i>	13
<i>Nationella riktlinjer</i>	14
<i>Behandling</i>	14
SYFTE	15
<b>Problemområde</b>	15
METOD	15
<b>Den kvalitativa metoden</b>	15
<b>Varför den kvalitativa metoden?</b>	15
<b>Intervjun som verktyg</b>	16
<b>Urval</b>	16
<b>Genomförande</b>	17
<b>Analys</b>	18
RESULTAT	20
<b>Följsamhet hos personer med typ-2 diabetes</b>	20
<b>Faktorer som kan orsaka bristande följsamhet hos personer med typ-2 diabetes</b>	20
<i>Ålder</i>	20
<i>Kön</i>	21
<i>Utvecklingsnivå</i>	22
<i>Social och kulturell tillhörighet</i>	22
Kulturell	22
Social	23
<i>Familjesituation</i>	23
<i>Livsstil och levnadsvanor</i>	24
<i>Hälsotillstånd</i>	24
<b>Hur sjuksköterskan ska jobba för att få bästa följsamheten</b>	25
<b>Undervisning och handledning</b>	26
<i>Skapa eller tillhandahålla en utvecklande miljö</i>	26
<i>Vägledning och uppmuntring/ Fysiskt och psykologiskt stöd</i>	27
<i>Periodvis vägledning</i>	27
DISKUSSION	28
<b>Metoddiskussion</b>	28
<b>Resultatdiskussion</b>	30
REFERENSLISTA	33
BILAGA 1	36

**Blekinge Tekniska Högskola  
Institutionen för hälso- och naturvetenskap**

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng,  
Kurs SSK 216, Examensarbete 10 poäng

**Omvårdnadsarbete och följsamhet i relation till personer med typ-2 diabetes.**

Examensarbete, 10 poäng

Författare: Jenny Jacobsson

Handledare: Helen Persson

Examinator: Arne Rehnsfeldt

**SAMMANFATTNING**

Diabetes är en kronisk sjukdom som hittills drabbat 120-150 miljoner människor världen över. Denna siffra beräknas fördubblas till år 2025 till 300 miljoner.

Ett av de största problemen i diabetesvården i dag är att mellan 1/3 och 3/4 av alla personer som har diabetes brister i följsamheten.

Syftet med arbetet var att undersöka vad sjuksköterskor i Sverige och Norge upplever vara orsaker till en bristande följsamhet hos personer med typ-2 diabetes upp till 65 års ålder, samt hur sjuksköterskan jobbar för att få bästa följsamheten hos sina patienter.

För att få fram svaret på frågan gjordes en kvalitativ intervjustudie av tolv sjuksköterskor, sex i Sydsverige och sex i Östfold, Norge. Intervjumaterialet analyserades utifrån Dorothea Orem's omvårdnadsteori.

Resultatet visar att orsaken till bristande följsamhet är något väldigt mångfacetterat, alla intervjuerna visade på flera olika faktorer som kan spela in. Därför är sjuksköterskan tvungen att individanpassa vården för att få bästa följsamheten.

Nyckelord: Typ-2 Diabetes, Omvårdnad, Följsamhet, Dorothea Orem

**Blekinge Institute of Technology  
Department of Science and Health**

Program for university Diploma in Nursing 120 credits

**Nursing and compliance related to people with type 2 diabetes**

Degree project 10 credits

Author: Jenny Jacobsson

Tutor: Helen Persson

Examiner: Arne Rehnsfeldt

**ABSTRACT**

Diabetes is a chronic disease that so far has affected 120-150 million people all over the world. This number is calculated to be doubled until year 2025 to 300 million people.

One of the biggest problem in diabetic care today is that between 1/3 and 3/4 of all people with diabetes fail to comply with medical regimen.

The purpose with this study was to explore what nurses in Sweden and Norway experience to be the cause of non-compliance and how they work to get the best compliance from their patients. To find the answer to the question a qualitative interview study was performed featuring twelve nurses, six in southern Sweden and six in Östfold, Norway. The interview material was analyzed according to Dorothea Orem's nursing theory.

The results show that the cause for non-compliance is something very complex, all interviews indicated on different factors that can take part. It is never only one factor that is causing the non-compliance, but several.

Keywords: Type-2 Diabetes, Nursing, Compliance, Dorothea Orem

## INLEDNING

Diabetes är en kronisk sjukdom som hittills drabbat 120-150 miljoner människor världen över (WHO, 1999; Allgot, 2000). Denna siffra beräknas fördubblas till år 2025 till 300 miljoner. Det största incidensantalet kan härledas till utvecklingsländerna, men även i norden befaras en dramatisk ökning av antalet personer med diabetes. Det är framförallt antalet personer med typ-2 diabetes som redan utgör 85-90% i Sverige som befaras öka (Socialstyrelsen, 1996). År 1998 ändrades gränsvärdena för B-glukos från 6,7 till 6,1 mmol/l, vilket relaterar till att allt fler personer kommer att erhålla diagnosen diabetes. Vissa uppskattningar talar om en ökning på 7-8 procent utifrån redan befintlig prevalens (Smith, 1998). Den globala utbredningen av personer med typ-2 diabetes har näst intill blivit en epidemi, som kräver handling. En av orsakerna till dess utbredningen är den sjunkande fysiska aktiviteten i kombination med en ökad övervikt hos befolkningen (Hanssen & Julserud Berg, 2000).

Det största problemet i diabetesvården är, enligt författarna till en artikel som publicerats i *Australian Journal of Advanced Nursing*, att många patienter inte följer de givna ordinationerna. I artikeln skriver de att mellan 1/3 och 3/4 av alla personer som har diabetes brister i följsamheten (MacLean & Lo, 1998).

## BAKGRUND

### **Följsamhet**

Fenomenet följsamhet –*Compliance*– har studerats sedan 1950 talet, utifrån medicin-, omvårdnads-, psykologi- och hälsoekonomiområdet, eftersom den bästa vården och omvårdnaden är värdelös om patienten väljer att inte följa givna råd och ordinationer. Fast brist på följsamhet är inte någon ny fråga, redan på Hippokrates tid rådde han läkarna att vara uppmärksam på sådana brister hos patienterna som får dem att ljuga om att de följer ordinationerna.

Brist på följsamhet har ibland kallats för det besvärligaste problemet inom den moderna sjukvården. Förutom att det medför risker för patientens hälsa kostar det också sjukvården stora summor årligen. Att få bättre kunskap om orsakerna till problemet, dess omfattning och hur det kan bemötas ter sig därför viktigt både ur patient- och samhällsekonomiskt perspektiv (Rydén & Stenström, 1994).

Ett problem som man stöter på när man studerar följsamhet är att det finns ett flertal definitioner och termer för fenomenet. De termer som används mest är: *compliance, adherence, mutuality, therapeutic, alliance och co-operation*. De flesta definitionerna innehåller element som relaterar till patientens egenvårdsansvar, patientens roll i behandlingsprocessen och deras samarbete med omvårdnadsarbetarna. Den definition som har används mest är en definition av Haynes samtidigt som den har kritiserats då den kan tolkas som paternalistisk och som att vårdpersonalen har rätt att bestämma över patientens huvud (Kyngäs, Duffy and Kroll, 2000). Definitionen lyder som följande:

*“Compliance is the extent to which a person’s behavior (taking medications, following a recommended diet or executing life-style changes) coincides with medical or health advice”* (Kyngäs et al., 2000 s. 6).

För att mäta följsamheten kan både objektiva och subjektiva metoder användas, de subjektiva syftar till att patienten själv får förmedla sina resultat med hjälp av t.ex. dagbok eller lista med test resultat. De objektiva syftar till att sjuksköterska eller läkaren mäter följsamheten genom att t.ex. räkna piller, viktkontroller och blodprover (Ferri, Brooks and Goldstein, 1998)

Bristande följsamhet är ett utbrett fenomen som tvärtemot vad många tror inte beror på en ”samarbetsovillig personlighet”, utan istället har sina rötter i en rad olika, ofta sammanflätade, faktorer.

Skäl till bristande följsamhet kan bero på bland annat:

- Sjukdomens allvar.
- Den tidsperiod patienten måste följa föreskrifterna och behandlingen.
- Komplexiteten i behandlingen och i vilken grad behandlingen stör patientens vanor och livsmönster.
- Patientens tilltro till behandlingens effektivitet.
- Personlighets-, sociala och demografiska faktorer.
- Relationen/kommunikationen mellan personal och patient.

Många har en föreställning om att bristen på följsamhet är begränsad till personer med låg utbildning och från lägre socialgrupper, emellertid har endast ett fåtal sociodemografiska variabler visat sig vara relaterade till bristande följsamhet. När fenomenet följsamheten har studerats har man uppmärksammat att det är en funktion av samspel mellan många olika faktorer och omständigheter. När en person drabbas av till exempel diabetes kan det innebära att vanor och beteenden måste förändras, då är det av stor vikt för personen att ha en

stödande omgivning i form av familj och nära vänner. Att vara socialt isolerad eller att leva ett disharmoniskt familjeliv är däremot något som försämrar möjligheterna att klara av de svårigheter som kan förknippas med att följa ordinationer och genomför livsstilsförändringar (Rydén et al., 1994).

Som individ har var och en sin unika uppsättning av erfarenheter, kunskaper, värderingar, attityder och förväntningar. Dessa uppfattningar och förväntningar, realistiska eller orealistiska, grundade på erfarenheter, kunskap eller okunskap, vägleder oss och kommer att påverka såväl vårt sätt att se på världen som vårt beteende. Dessa uppfattningar kommer således även att påverka hur vi ser på hälsa och sjukdom liksom vårt hälsobeteende.

Om dessa tankar som kallas "Health belief-modellen" appliceras till en patient har man kunnat se att patienter som inte samarbetar i behandlingsarbetet upplever sig själv som mindre sårbar och mindre hotad av sin sjukdom. De tenderar också att vara mindre bekymrade för sin hälsa och ha mindre tilltro till den moderna medicinens effektivitet, än de patienter som har bättre följsamhet (Rydén et al., 1994).

För att få så bra följsamhet som möjligt i omvårdnadsarbetet gäller det att inte bara rikta in sig på den enskilde personen, utan på hela hans livssituation. Det gäller att använda sig av både skriftlig och verbal information, utbilda hela familjen istället för att bara lära en i familjen hur han ska leva (Ferri et al., 1998).

Forskning om följsamhet har visat att det inte räcker med kunskap för att få bra följsamhet, kunskap är bara en komponent i det hela. Det samma gäller om man vill genomföra en livsstilsändring, det går inte att göra det bara genom kunskap, det måste även finnas motivation och en vilja till att själv genomföra något (Arborelius, 2000; Lacey, Chyun and Grey, 2000).

Dorothea Orem tror att skillnaden i hur olika personer är följsamma ligger i deras egenvårdskapaciteter eller deras förmåga att genomföra egenvård (Conley Wichowski & Kubsch, 1999).

Det är livsviktigt för en person med en kroniska sjukdom, då speciellt diabetes, att kunna genomföra egenvårds handlingar och integrera dem till relevanta aspekter så som familj, umgänge, arbete och samhälle för att kunna leva med sin sjukdom (Lacey et al., 2000).

Dorothea Orem menar att det moderna samhället idag förväntar sig att den enskilda individen skall vara självständig och ta ansvar för sitt eget liv och hon påpekar att egenvårdstänkandet överensstämmer med detta synsätt (Jahren-Kristoffersen, 1998).

## **Hälsa**

Under 1900-talet har levnadsvillkoren förbättrats och välfärdsstatens framväxt har medfört att våra dagars hälsoproblem är av en annan art än tidigare. Eftersom hälsoproblemen varierar i olika samhällen och under olika tidsepoker, kommer varje samhälle att tolka hälsobegreppet med hänsyn till aktuella förhållanden (Jahren-Kristoffersen, 1998).

I hälso- och sjukvårdslagen i Sverige betonas hälsans betydelse som uttryck för goda levnadsförhållanden och god livskvalitet. God hälsa hos befolkningen blir därmed ett mål för den allmänna välfärdspolitiken. Hälsa är ett medel för individen att kunna leva ett gott liv (Jahren-Kristoffersen, 1998).

### *Hälsans subjektiva dimension*

Varje människa har en inre upplevelse av sin hälsa, av eventuell sjukdom och funktionsförlust. I omvårdnadssammanhang är den subjektiva sidan av hälsa och sjukdom mycket central. Individens upplevelse av sin egen situation, den betydelse och mening hon tillskriver situationen är avgörande både för hennes upplevelse och handlingar (Jahren-Kristoffersen, 1998).

En människas kulturella bakgrund, livssyn, värdesystem och erfarenheter bygger upp en struktur av hennes syn på hälsa och vad hälsa är. För väldigt många människor innebär hälsa att kroppens inre organ är i balans och att man är i balans med sin omgivning. I många kulturer betraktas man som frisk så länge man kan utföra sina plikter, göra sitt arbete och uppfylla sin roll. Klarar man inte det betraktas man som sjuk (Hanssen, 1998). Jahren-Kristoffersen (1998) menar att: *”Upplevelsen av hälsa hänger troligen mer ihop med förmågan att klara av det dagliga livet än med själva funktionshämningen, funktionsförlusten eller sjukdomen”*.

Enligt Orem (1995) lärs specifika egenvårdshandlingar in i det samhälle och kultur där individen växer upp. Handlingarna kommer således att påverkas av de värderingar, seder och normer som kännetecknar den kultur och den sociala grupp som personen tillhör. Hälsa är för Orem inte ett motviktsförhållande till sjukdom, snarare ett tillstånd avhängigt från sjukdom,



då en människa mycket väl kan uppleva hälsa trots motgångar, sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga (Orem, 1995).

### **Omvårdnadsteori**

Under årens lopp har sjuksköterskor och andra byggt upp ett antal idéer om bland annat omvårdnad, patienter, hälsa och lidande i avsikt att förstå och förklara omvårdnadens praktik. I dagens omvårdnadsteoretiska litteratur finns en medvetenhet om att den medicinska förklaringsmodellen för människan är otillräcklig när det gäller kunskapsområdet omvårdnad. Det blir istället allt vanligare att utgå från teorier som utgår från ett helhetsperspektiv (holism) på människan ( Nationalencyklopedin, 1989).

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem beskriver omvårdnad som en hjälpverksamhet (Jahren-Kristoffersen, 1998). God diabetesvård innebär ett nära samarbete mellan patient och vårdgivare. Personer med diabetes är i sig själv en resurs, de har en vardagskunskap om sin sjukdom som vårdpersonalen inte har. Ansvar för en framgångsrik behandling åligger framförallt den enskilde patienten. Patientens sjukdomsupplevelse är extra viktig eftersom den kommer att prägla såväl egenvård som kommunikationen mellan patient och vårdgivare (Gåfvells, 1999). Resonemanget överensstämmer med Orem's människosyn, där människan är en aktiv varelse med en hög grad av frihet, människan utgör en enhet och Orem avvisar tanken om att kropp och själ är två separata delar. Diabetes är en kronisk sjukdom som påverkar hela människan (Jahren-Kristoffersen, 1998). Detta kräver en rollförändring av omvårdnadspersonal, från att vara en traditionell vårdgivare till att bli mer vägledande och rådgivande, från att ge svar till att fråga, alltså låta patienten bli en aktör istället för en bricka (Allgot, 2000).

Detta arbetet ska analyseras utifrån Dorothea Orem's omvårdnadsteori, med betoning på egenvård och egenvårdskapaciteterna som hon förespråkar. Orem valdes eftersom hennes omvårdnadsteori har haft stor inflytande på vårdvetenskap i Norden och därför att Orem förespråkar egenvård, vilket är en oavhängig del i behandlingen av personen med diabetes, där individen själv kan påverka utfallet av sjukdomen.

### **Dorothea Orem omvårdnadsteori**

Omvårdnadens överordnade mål är att främja normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos människan. Egenvård är här ett viktigt delmål.

Egenvård omfattar de handlingar som en människa tar initiativ till och utför på egen hand för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Orem beskriver tre olika typer av egenvårdsbehov utifrån olika livssituationer

- De universella egenvårdsbehoven
- De utvecklingsrelaterade egenvårdsbehoven
- Egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem.

Egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem föreligger hos personer som är sjuka drabbats av någon form av funktionsnedsättning, samt hos personer som genomgår medicinsk utredning eller behandling (Jahren-Kristoffersen, 1998). Hos personer med typ-2 diabetes finns ett egenvårdsbehov relaterat till deras hälsoproblem. Personen tvingas till en ny och permanent förändrad livssituation. Handlingsmönster och vanor i det dagliga livet måste ändras och förändringar i hälsotillståndet kan medföra att individen blir helt eller delvis beroende utav andra (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Orem skiljer ut sex kategorier av egenvårdsbehov vid sjukdom och hälsoproblem. Av dessa har författaren till föreliggande arbete identifierat tre kategorier som kan härledas till personer med typ-2 diabetes. Den första kategori belyser behovet av att vara observant på och ta hänsyn till konsekvenser av sjukdom och hälsoproblem. Personen som drabbas av sjukdom kommer troligtvis också ha ett behov av att modifiera självbilden genom att acceptera situationen, samt ha ett behov av att förlika sig med tanken på hjälp från hälso- och sjukvården. Slutligen innebär sjukdomen att man behöver lära sig leva med den och dess konsekvenser, på ett sätt som främjar fortsatt personlig utveckling (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Summan av de handlingar som kontinuerligt behöver utföras för att egenvårdsbehoven skall tillgodoses kallar Orem för terapeutiska egenvårdskrav. I en omvårdnadssituation är det nödvändigt att definiera dessa egenvårdskrav, vilket innebär att man undersöker vilka egenvårdsbehov patienten har behov av att tillgodose. Om kraven inte uppfylls kommer

personens funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande att hotas (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Egenvårdskapacitet (self-care agency) innebär individens egen förmåga att identifiera terapeutiska egenvårdskrav, fatta beslut om och uppfylla dem. Dessa beslut påverkas av både inre och yttre faktorer, de inre kan till exempel vara oerfarenhet, låg intellektuell förmåga och besluts ångest. De yttre faktorerna som kan påverka är till exempel brist på förmåga och dåligt socialt stöd. Är kapaciteten mindre än kraven hos individen föreligger ett omvårdnadsbehov (Orem, 1995).

Orem har identifierat faktorer som är av central betydelse för personens egenvårdskapacitet, dessa är:

- Ålder
- Kön
- Utvecklingsnivå
- Hälsotillstånd
- Social och kulturell tillhörighet
- Tillgång till hälso- och sjukvård
- Familjesituation
- Livsstil och levnadsvanor
- Miljöfaktorer
- Tillgängliga resurser (Orem, 1995).

Egenvårdskapaciteten är en komplex och sammansatt förmåga, som påverkas av såväl genetiska faktorer och kulturella förhållanden som av den enskilda individens erfarenheter och hälsotillsånd. Det är i socialisationsprocessen som egenvårdskapaciteten utvecklas (Orem, 1995). Om det uppstår obalans mellan patientens egenvårdskapacitet och de terapeutiska egenvårdskrav är patienten i behov av omvårdnad. Obalansen orsakas ofta av bristande resurser hos personen, något som ofta är nära förbundet med hälsoproblem och sjukdom (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Orem beskriver fem generella hjälpmetoder som omvårdnadspersonalen (sjuksköterskan) begagnar sig av för att tillvarata patientens terapeutiska egenvårdskrav:

1. Att utföra eller handla för en annan person: innebär att sjuksköterskan kompenserar de bristande eller saknade egenvårdskrav som patienten till följd av sitt tillstånd inte besitter. Denna metod används ofta vid akuta fysiska och psykiska sjukdomstillstånd.
2. Att handleda en annan person: innebär att sjuksköterskan under planeringen och utförandet av egenvårdshandlingarna vägleder patienten. Denna handledning kan bestå i att: ge förslag, råd, rekommendationer, anvisningar, instruktion och tillsyn.
3. Fysiskt och psykologiskt stöd: (används ofta i samband med handledning) innebär att sjuksköterskan genom ett empatiskt deltagande i patientens strävan, minimerar risken för att patienten ska misslyckas med att uppnå sitt utsatta mål.
4. Att skapa en miljö som främjar utveckling: innebär att sjuksköterskan är delaktig i att skapa en omgivning som motiverar patienten till att sätta upp mål och delta i dessa handlingar som strävar mot det uppsatta målet.
5. Undervisning: tillämpas när patienten behöver lära sig nya färdigheter eller tillägna sig nya kunskaper för att själv behärska sin egenvård (Jahren-Kristoffersen, 1998)

I hjälpmetoderna ovan består sjuksköterskans roll i att lyssna på ett förstående sätt, medan patientens roll består i att aktivt konfrontera och lösa en svår situation (Orem, 1995). I utövandet av dessa hjälpmetoder är rollerna mellan sjuksköterska respektive patient komplementära, de är alltså båda lika viktiga, men patienten står i fokus.

När en sjuksköterskan bedömer att en patient behöver hjälp med den terapeutiska egenvården gör hon en bedömning om vilket omvårdnadssystem som behöver sättas in, hon kan välja mellan det fullständigt kompenserande omvårdnadssystemet, det delvis kompenserade omvårdnadssystemet eller det stödjande och undervisande omvårdnadssystemet. När en person får diagnosen typ-2 diabetes är det lämpligt att sätta in det stödjande och undervisande omvårdnadssystemet. Detta då personer behöver anpassa sig till en ny livssituation och utveckla sina egenvårdskapaciteter så att de motsvarar de nya egenvårdsbehoven och terapeutiska egenvårdskraven (Jahren-Kristoffersen, 1998). Det stödjande och undervisande omvårdnadssystemet har fyra olika variationer på hur det kan gå till.

1:a: Patienten kan genomföra vårdhandlingar men behöver vägledning och uppmuntring.

2:a: Här är undervisning nödvändig.

3:e: Skapa eller tillhandahålla en utvecklande miljö.

4:e: Här klarar patienten att genomföra egenvårds handlingar men behöver periodvis vägledning, här är sjuksköterskan primärt konsulterande. Den metod som är att föredra är den där man skapar eller tillhandahåller en utvecklande miljö för patienten (Orem, 1995).

## **Sjukdomen diabetes**

Diabetes mellitus är en metabolisk rubbning som karaktäriseras av insulinbrist i kroppens vävnader. Sådan insulinbrist kan förorsakas av otillräcklig insulinsekretion från bukspottkörtelns insulinproducerande celler eller av att kroppens vävnader har en nedsatt känslighet för insulin, så kallad insulinresistens (Ericsson & Ericsson, 1997).

Etiologin till sjukdomen är än idag inte känd men är enligt Groop (1998) med stor sannolikhet ett resultat av kollisionen av gener och omgivningens faktorer. Man talar framförallt om två huvudformer av diabetes, typ-1 diabetes som benämns insulinberoende, och den vanligaste typ-2, den icke insulinberoende diabetesen (Berne & Andersson, 1997).

Karakteristiska drag för typ-2 diabetes eller åldersdiabetes är att sjukdomen debuterar i vuxen ålder och den tar lång tid att utveckla. Nedsatt fysisk aktivitet och ökad kroppsvikt ingår ofta i sjukdomsbilden, samt hypertoni och höga serumlipider (Ericsson et al., 1997).

Studier har också påvisat rökning och hög alkoholkonsumtion som predisponerande riskfaktorer för utvecklandet av typ-2 diabetes (Julsrud Berg, 2000; Berne et al., 1997).

### *Behandling och mål*

Målsättningen med diabetesbehandlingen i Sverige, liksom i övriga Europa, uttrycks väl i den så kallade St. Vincent deklARATIONEN, som fastställdes 1989 av Världshälsoorganisationen (WHO) och Internationella Diabetesfederationens (IDF) europasektioner. Det fastslås dels vissa allmänna mål, dels ett antal specifika (Malmöhus läns landsting MLL, 1995).

De allmänna målen betonar vikten av ett förbättrat hälsotillstånd, en högre livskvalitet och ett längre liv för personer med diabetes. I de specifika målen ges mer explicit konkreta rekommendationer på hur man ska gå tillväga. De specifika målen eftersträvar bland annat:

- Vårdprogram för diagnos, behandling och kontroll, med tyngdpunkt på egenvård och samhällets stöd.
- Utbildning om diabetes, för patienter och närstående.
- Oberoende, jämnlighet och socialt likaberättigande för alla som har diabetes.
- Internationellt samarbete för forskning och utveckling inom diabetesområdet.

Slutligen anges procentuella mål för incidensminskningen av diabetesrelaterade senkomplikationer.

Målsättningen är generell, men måste samtidigt anpassas individuellt till varje person. Detta kräver en kompetent personal, samtidigt som det krävs en betydande del av egenvård från patientens sida (MLL, 1995).

### *Nationella riktlinjer*

I Sverige har Socialstyrelsen i samverkan med berörd vårdpersonal utarbetat nationella riktlinjer för vård av diabetes. De nationella riktlinjer trädde i kraft 1997. De skall tillämpas i hela landet och utgör grunden för att de som har diabetes skall få tillgång till jämförlig vårdkvalitet och vårdinnehåll, samt tillgänglighet till hälso- och sjukvård, oberoende av var i landet de bor (Socialstyrelsen, 1996).

De etablerade riktlinjerna är ett nyckeldokument för att uppnå en god diabetesvård, samt för att förhindra utvecklingen av de olika diabeteskomplikationerna som kan uppkomma. De målsättningar som där anges har visat sig vara framsynta och bör, vid förverkligade, också medföra en väsentligt förbättrad prognos för de personer som drabbats av diabetes (Smith, 1998).

### *Behandling*

Behandlingen vid diabetes mellitus vilar på ett fundament av fyra hörnstenar, nämligen: kost, motion, perorala antidiabetika/insulin och egenkontroller (Ericsson & Ericsson, 1997).

**Kost:** Den moderna diabeteskostens sammansättning skiljer sig inte från den mat alla bör äta. Då de flesta inte lever upp till detta innebär diabeteskosten att matvanorna måste förändras för många, vilket i sin tur gör att livsstilen påverkas (Ericsson et al., 1997).

**Motion:** Fysisk aktivitet har positiv effekt vid såväl typ-1 som typ-2 diabetes. För personer med typ-2 diabetes innebär motionen en hjälp, både till att minska B-glukoshalten och övervikten. Lågintensiv motion av uthållighetstyp har dokumenterat värde (Berne et al., 1997).

**Perorala antidiabetika/insulin:** Perorala antidiabetika skall övervägas vid typ-2 diabetes när kostbehandling under en till tre månader inte medfört adekvat metabolisk kontroll. I barnaåren och ungdomen är i princip all diabetes insulinkrävande. För personer med typ-2 diabetes kan insulin motiveras då diabetessymptomen är väldigt uttalade och blodglukosvärdena höga (Berne et al., 1997).

**Egenkontroller:** Grundläggande förutsättning för egenvården är att patienten har givits goda kunskaper om sin sjukdom och dess behandling, hur man klarar det dagliga livet, men också när man behöver vända sig till sjukvården. Modern diabetesvård kräver att patienten kan mäta

sitt eget B-glukos, tolka resultatet och vidta rätt åtgärder. B-glukosmätare bekostas av patienten, medan övrigt material, såsom teststickor och nålar hittills är kostnadsfria (MLL, 1995).

## **SYFTE**

Syftet med detta arbete var att undersöka vad sjuksköterskor i Sverige och Norge upplever vara orsaker till en bristande följsamhet hos personer med typ-2 diabetes upp till 65 års ålder, samt hur sjuksköterskan arbetar för att få bästa följsamheten hos sina patienter.

## **Problemområde**

Hur kan omvårdnadspersonalen påverka följsamheten hos personer med typ-2 diabetes?

## **METOD**

### **Den kvalitativa metoden**

Kvalitativa metoder är enligt Malterud (1998) forskningsstrategier som lämpar sig för beskrivning och analys av karaktärsdrag och egenskaper (kvaliteter) hos de fenomen som ska studeras. Metoden kan med fördel användas då man vill veta mer om mänskliga egenskaper som erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder. Den kvalitativa metoden söker svaren på varför människor handlar som de gör, exempelvis hur upplever man att få veta att man har högt blodtryck? Eller som i mitt fall, hur upplever omvårdnadspersonalen följsamheten och vad gör de när följsamheten brister?

Kvale (1997) menar att den kvalitativa forskningsintervjun söker beskriva specifika situationer och handlingsförlopp ur den intervjuades värld. Det är inte allmänna åsikter som efterfrågas.

### **Varför den kvalitativa metoden?**

Ingen forskningsmetod, inte heller den kvalitativa kan åta sig att bevisa, i bästa fall kan man påvisa att någonting är troligt. Den kvalitativa metoden tar sikte på att förstå, inte förklara och målet är att beskriva, inte predicera (Malterud, 1998).

Kvale (1997) menar att den kvalitativa forskningsintervjun har som mål att erhålla nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter av den intervjuades livsvärld; den arbetar med ord, inte med siffror. Beskrivningen i den kvalitativa metodens intervju, samt dess resultat motsvarar de kvantitativa måtten.

Som forskare kan vi aldrig, hur mycket vi än önskar, stå objektiva till vårt forskningsmaterial. Vi blir snarare genom vår medverkan en del av det. Hur materialet behandlas är beroende av vilken förförståelse man har när man kommer in i projektet, samt vilken referensram man har med sig. Frågan blir därför inte om man påverkar processen, utan hur? Med den kvalitativa forskningsmetoden som verktyg, ska man inte försöka eliminera sig själva, utan arbeta aktivt för att lära känna sin egen roll. Då vår egen påverkan på materialet kan göras explicit, kan man också ta ställning till vad detta innebär för kunskapsutvecklingen (Malterud, 1998).

### **Intervjun som verktyg**

Som verktyg för att få svar på den kvalitativa fråga har jag valt att begagna mig av intervjun som verktyg. Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är enligt Kvale (1997) att erhålla kvalitativa beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka deras mening. Kvale (1997) beskriver vidare intervjun som det mest engagerande stadiet i undersökningen. Den personliga kontakten och de ständigt nya insikterna i intervjupersonernas livsvärld gör intervjuandet till en spännande och berikande upplevelse. Intervjun är en specifik form av mellanmänskligt samspel där kunskap utvecklas genom dialog.

### **Urval**

Urvalet vid en kvalitativ ansats är strategiskt, det vill säga man väljer själv de personer som delger en ett material. Ett strategiskt urval är sammansatt med målet att materialet ska innehålla adekvata data, som både vad avser djup och bredd har en potential att ge relevanta svar på problemställningen. Genom att för sig själv klargöra åt vilket håll det är förnuftigt att rikta intresset, för att finna ett relevant strategiskt urval, minskar man risken att samla in material om något helt annat än det man vill studera

Ofta under datainsamlingen, i detta fall intervjuerna, finner man nya källor till kunskap, varför det är av vikt att materialet inte har en helt igenom homogen prägel. Ett material som representerar olika alternativa resultat, tvingar oss att ta ställning till vilka svar som bäst motsvarar de frågeställningar vi tagit upp i projektet. Att arbeta med ett slumpmässigt urval, vid en kvalitativ studie, kan hota kunskapens giltighet (Malterud, 1998).

Den kvalitativa studien bygger sällan på ett stort antal deltagare. Att innefatta ett mindre antal deltagare i materialet gör dock inte att sanningshalten i kunskapen minskar, då den kvalitativa ansatsen ofta påpekar vikten av den subjektiva sanningshalten i kunskapssökandet. Att få underbyggda svar på de frågor man formulerar under intervjuerna är snarare beroende av



urvalet, frågornas komplexitet, samt hur väl ens insamlade datamaterial fungerar som kunskapsutvecklande arena (Malterud, 1998).

För att erhålla ett kunskapsutvecklande material, får man inte bortse från vikten av ens egen befintliga kunskap kring det fenomen man önskar studera. Ju tydligare man vet vad man frågar om, desto tydligare svar kommer man att få (Malterud, 1998).

Till detta arbete valde jag att försöka få fram den önskade informationen genom att intervjua 12 stycken sjuksköterskor. Sex stycken sjuksköterskor från Sydsverige, samt sex stycken från Östfold i Norge, alla med anknytning till omvårdnaden av personer med typ-2 diabetes. Anknytningen måste vara av den art att de medverkande har minst två års erfarenhet av arbetet med personer som har typ-2 diabetes. Sjuksköterskorna skall även under denna tid haft en kontinuerlig patientkontakt. De diabetes patienter som studien kommer att rikta in sig på är de upp till 65-års ålder. Anledningen till att jag har valt dessa patienter är för att de fortfarande finns i arbetslivet och oftast har ett aktivt liv.

### **Genomförande**

I termin fem läste tre stycken i vår klass, författarna till *Upplevelsen av hälsa och omvårdnadsarbete relaterat till personer med typ-2 diabetes* (Axelsson & Butfors, 2001) och författaren till föreliggande arbete, kursen *–Transculturell Nursing–* där vi genom videokonferenser och en resa till Kemi i Finland fick kontakt med studenter från såväl Finland som Norge. Samtliga tre fick ett rikt utbyte av kursen och önskade på något sätt följa upp detta. Möjlighet till detta gavs i samband med examensarbetet genom att söka stipendier från nordiska ministerrådets stipendiefond Nordplus.

Ansökan beviljades och under termin fem skrev vi tillsammans en projektplan, innehållande två frågeställningar relaterade till typ-2 diabetes med avseende på hälsa och följsamhet.

Projektplanen utmynnade i två olika arbeten då vi inte kunde vara tre om att skriva examensarbetet. Arbetena kommer att bygga delvis på en gemensam bakgrund och metod, men mynnar genom frågeställningarna ut i två skilda resultat.

Medicinsk-etiska kommittén i Blekinge har godkänt arbetet efter att ha tagit del av projektplanen till det.

Vi började med att söka bakgrunds information på olika hemsidor och databaser på internet, bland annat på: Läkartidningens hemsida, Tidskrift för den Norske lägeföreningens hemsida, Sykepleien, WHO:s hemsida, databaserna Spriline, Medline och Cinahl. De nyckelord som jag

sökte på databaserna med var: Diabetes type-2, NIDDM, nursing, compliance, adherence, co-operation och Dorothea Orem.

Jag sökte även fakta i kurslitteratur och annan litteratur som jag hittade på Gräsviks studentbibliotek.

För att komma i kontakt med de sjuksköterskor vi önskade intervjua, skickade vi ett brev, där de som vi önskar intervjua informerades om intervjuens karaktär. Brevet skickades dels till de svenska sjuksköterskor vi fann inom slut- och öppenvård och dels till de sjuksköterskor vi önskar intervjua i Norge. I Norge fick vi hjälp av Sonja Bakken på högskolan i Östfold med att komma i kontakt med sjuksköterskor som vi kunde intervjua.

Intervjuerna hade vi för avsikt att utföra i ett avskilt rum. Varje intervju kom spelas in på ljudband. Under intervjuerna ställde först Butfors och Axelsson (2001) sina frågor angående hälsa och därefter ställde jag mina frågor rörande följsamhet. Under intervjuerna använde jag mig av en intervjuguid (bilaga 1) med förslag på frågeområden som kunde tas upp om den intervjuade inte spontant kom in på dessa. De områden som jag önskade ta upp under intervjun var: synen på följsamheten hos personer med typ-2 diabetes, orsak till bristande följsamhet, skillnader i följsamhet samt hur sjuksköterskan arbetar vid bristande följsamhet.

Under intervjuerna observerade och antecknade en av oss sådant som ej kan erhållas på ljudbandet.

Den intervjuade erhöll full anonymitet och kunde när som helst avbryta intervjun om så önskades. Materialet skrevs ut på papper. Efter studiens avslut förstördes såväl ljudband som intervjuutskriften.

Innan arbetets början genomförde vi en provintervju med en sjuksköterska som arbetat på en medicinavdelning där hon har träffat på den patientgrupp som vi avsåg att undersöka. Vi provintervjuade dels för att prova intervjufrågorna, men också för att bli närmare bekanta med situationen.

## **Analys**

Analys av kvalitativa data- oftast utgörande av texter- består i att ställa frågor till det insamlade materialet, studera materialet i denna belysning och organisera svaren systematiskt och relevant. Frågorna bestäms utifrån problemställningen, medan svaren bestäms utifrån både frågor och material.

Under analysfasen måste man bestämma kring vad ens frågor ska fokusera. Råmaterialet är en utgångspunkt ur vilket man väljer textelement med potentiell kunskapskraft.

I analysen har jag valt att låta mig inspireras av Giorgi (Kvale, 1997) och göra en meningskoncentrering.

Vid en meningskoncentrering läser man först igenom intervjutexterna naivt för att skapa sig en bild av vad som sades i dem. Få en känsla av helhet. Efter det så fastställer man meningsenheter.

Det tredje steget består i att formulera tema som dominerar en naturlig meningsenhet, tolkar utan fördomar. I det fjärde steget ställer man frågor till meningsenheterna utifrån undersökningens specifika syfte.

Intervjuernas centrala icke överflödiga teman knyts därefter samman i en deskriptiv utsaga (Kvale, 1997).

I analys arbetet läste jag först igenom intervjutexterna för att skapa mig en bild av vad som sades i den, därefter gjorde jag meningskoncentreringen (Kvale, 1997). Med de "nya" meningsenheterna bildade jag därefter kategorier utifrån olika teman.

Eftersom att arbetet skulle analyseras utifrån Dorothea Orems omvårdnadsteori utgick jag från hennes teori då jag bildade teman för mina kategorier. Orem har identifierat faktorer som hon anser är avgörande för en persons egenvårdskapacitet och som i sin tur påverkar följsamheten hos individen. Jag valde ut sju stycken faktorer när jag bildade teman, jag valde dem utifrån sådant som återkommande dök upp i intervjutexterna: kön, ålder, social och kulturell tillhörighet, utvecklingsnivå, familjesituation, hälsotillstånd och livsstillevnadsvanor. Dessa teman kom att svara på min första fråga, vad sjuksköterskorna upplever vara orsaken till bristande följsamhet.

För att få svar på min andra fråga om hur sjuksköterskan jobbar för att få bästa följsamheten hos sina patienter utgick jag från Orems generella hjälpmetoder och det stödjande och undervisande omvårdnadssystemet. De teman som jag bildade här är: Undervisning och handledning, Vägledning och uppmuntring/ Fysiskt och psykologiskt stöd, Skapa eller tillhandahålla en utvecklande miljö och Periodvis vägledning.

## RESULTAT

### **Följsamhet hos personer med typ-2 diabetes**

*”Det är inget lätt att vara exemplarisk, det är det inte många som är. Att försöka göra så gott man kan, det tror jag de flesta vill, sen beror det lite på vilken karaktär man har och det kanske inte bara är kunskap, många vet ju hur de ska göra”.*

Följsamhet är en stor fråga inom diabetesvården, de sjuksköterskor som jag intervjuade ansåg att det till största del handlar om patientens personlighet.

Ibland kan den bristande följsamheten beror på patientens goda vilja att glädja läkaren eller sköterskan.

En sköterska berättade om en patient: *”Jag har en man som inte för in dåliga resultat i sin bok för det tycker han inte att vi är förtjänta av här”.*

En annan sköterska berättade om en av hennes patienter som hade sin resultat bok för egenkontrollerna enbart för att visa sköterskan, att tillfredsställa henne.

### **Faktorer som kan orsaka bristande följsamhet hos personer med typ-2 diabetes.**

Dorothea Orem har räknat upp ett antal faktorer som kan påverka en persons egenvårdskapaciteter eller hans förmåga att utföra egenvårdshandlingar. Dessa faktorer har en avgörande roll i patientens följsamhet (Orem, 1995).

#### *Ålder:*

I intervjuerna fann jag att det fanns lite olika åsikter om huruvida åldern har något med följsamheten att göra. En sköterska trodde att äldre människor med typ-2 diabetes hade lättare att göra förändringar i sitt liv i och med att de lever mer stillsamt. Medan en annan trodde att äldre hade svårare att göra de förändringar som diabetesen kräver, för de har ju levt så länge med de vanor som de har fått efter nästan ett helt liv. *” De har levt hela livet på sitt sätt och då är det svårt att göra några förändringar”.*

En sköterska trodde att det var bättre följsamhet bland äldre för att de har mer respekt för hälsoinstitutioner.

Flera av sköterskorna trodde att en yngre person som får typ-2 diabetes skulle ha mycket lättare att göra livsstilsförändringar. De tror att en yngre människa är mer mottaglig, mer

benägen att göra förändringar eftersom att de har flera år kvar som en aktiv människa med jobb och familj.

En sköterska menade att ju yngre man är när man får typ-2 diabetes desto mer problem har man. Ofta så beror diabetesen på en kraftig övervikt så i de flesta fallen är den här personen inte lycklig över sin situation. Han eller hon har kanske i flera tillfällen försökt att göra förändringar i sitt liv men ej klarat av det. Så när man arbetar med dessa personer är det ännu viktigare att man anpassar sig efter individen.

En sköterska ansåg att följsamheten är helt individuellt och åldern hade ingen betydelse. Det kan bli svårare ju äldre man blir att komma ihåg allt, så därför var det bra om patienten hade med sig någon då han eller hon fick information. För då kom den andra personen ihåg saker som annars hade blivit bortglömda.

#### *Kön:*

När det gäller genus perspektiv och följsamhet så var det flera som hade sett skillnader. Man tyckte att männen oftare hade lättare för att klara av livsstilsförändringar och de var mer följsamma. Man trodde att detta berodde på att kvinnor ofta sätter sig själv längst bak, de prioriterar sin familj före sig själva.

Om en kvinna hade fått diabetes var det ofta mycket problem, det fanns så mycket som hon var tvungen att göra innan hon kunde ta hand om sig själv.

En sköterska berättade: *"när det var en kvinna som fick diabetes, då blev det väldigt besvärligt för den här kvinnan, för att inte nog med att hon hade fått diabetes, nu fick hon ju faktiskt stå och laga till sig själv, för mannen ville ju ha det som han alltid haft det"*.

Många av de intervjuade hade även upplevt att kvinnorna inte fick lika mycket stöd hemifrån om de drabbades av diabetes. Om en man drabbades följde nästan alltid frun med på all information och alla undersökningar, medan tvärtom så var det nästan aldrig någon man som följde med kvinnan om det var hon som var sjuk. Om det var någon som kom med frun så var det en dotter eller svärdotter.

En skillnad som en av sjuksköterskorna upplevde var om det var en kvinna från en annan kultur, då kom alltid mannen med på alla besök. Hon fick ett intryck av att det var mannen som styrde kvinnans behandling av sjukdomen.

Anledningen till att män skulle ha det lättare att följa allt trodde en av sköterskorna låg i att män kanske har mer viljestyrka att genomföra förändringar i sitt liv. En annan sköterska trodde att det berodde på att alla ställde upp på mannen hela tiden, ”*alla runt omkring ställer upp och frun hon lagar mat och handlar och de behöver liksom bara göra sitt va*”.

Flera av sköterskorna upplevde att det var lättare att jobba med männen för de gjorde alltid som de sa.

#### *Utvecklingsnivå:*

När man ska ge information till en patient är man tvungen att anpassa den till personen som ska ha den. Det går inte att ge samma information till alla patienter, utan man är tvungen att anpassa informationen och kraven till personen se vad det är för person som sitter fram för en. Även fast en persons utvecklingsnivå har identifierats som en faktor som kan påverka egenvårdskapaciteterna så tyckte de intervjuade att man inte kunde se någon tendens till att det skulle vara så. De menade istället att här var sköterskan än mer tvungen att anpassa den information och de råd som de gav. Det gäller att hela tiden se så att patienten förstår vad man menar.

En av sköterskorna trodde att det kanske var lite lättare för patienterna att följa alla råden och ordinationerna om man hade lite mer ”resurser”, men hon betonade att det är viktigt att ge alla information, det gäller bara att anpassa den. Hon sa även: ”*Och det som är så svårt att veta, det är om det är intellektuella orsaker till det, eller är det bara vilja, vad är det som är problemet när patienten inte följer mina rekommendationer*”.

#### *Social och Kulturell tillhörighet:*

##### *Kulturell:*

Om kulturell tillhörighet påverkar följsamheten var det skilda meningar om. Alla hade upplevt problem om patienten kom från en annan kultur men ofta så berodde det på att man inte kände till den kulturen nog bra. En sköterska sa: ”*jag tror att vi känner dem för dåligt. Vi kan ju inte förvänta oss att de känner till om vår kultur, det måste ju ligga på oss*”. Hon menade att vi kan inte informera dem om mat när vi inte vet vad de äter, det är inte alla som vet vad grovt bröd är för något.

De flesta tyckte att om personen kom från en annan kultur än vår egen så gäller det att försöka lägga behandlingen efter deras liv och deras normer.

En sköterska upplevde att bland annat de från forna Jugoslavien hade ett lite kortare perspektiv på livet och att det var viktigare för dem att må bra här och nu och att fungerade socialt. De levde i nuet, eller så som hon sa det: *”de vet att vi människor inte är odödliga”*. För dem var det inte viktigt att följa alla ordinationerna utan de följde bara dem som gjorde att de ändå kunde fungera som de ville i det sociala sammanhanget.

Några av sköterskorna menade att många problem som kunde uppstå berodde på att de från en annan kultur har en annan syn på sjukdom. För vissa personer som de hade träffat var sjukdomen ett straffet något skamligt. På grund av detta så ville patienten inte kännas vid sin sjukdom, man gjorde inte det man skulle.

En annan kulturell skillnad som en sköterska hade märkt var att det var mycket svårare att få en äldre invandrare att ta ansvar för sin egen behandling, ofta överlämnade de allt ansvar till sina barn.

Anledningen till det trodde hon låg i hur man fördelar ansvaret i hemmet, hon fick ett intryck av att de äldre bara satt och barnen fick göra allt för dem medan de äldre övervakade. Detta upplevde hon som ett problem då mycket av diabetesvården ligger på patientens eget ansvar.

**Social:**

Socialt så hade ingen av sköterskorna upplevt att det fanns några skillnader i följsamheten.

En sköterska sa: *”Man skulle kanske kunna tro att de som har det bättre skulle ha en bättre följsamhet än de som inte har det så bra socialt, men jag har inte upplevt det”*.

**Familjesituation:**

Alla de intervjuade ansåg att miljön runt människan är viktig för följsamheten. En anledning till att det ibland kan brista i följsamheten var om patienten hade något ”jobbigare” på gång, t.ex. ett barn som var sjukt, en skilsmässa på ingående eller jobbigt på arbetet. Då ansåg de intervjuade att man inte kunde begära att den personen skulle följa allt. Det kanske var nog med att bara få livet att gå vidare.

En av sköterskorna berättade att om det kom en patient till henne och hon upptäckte att han eller hon inte hade gjort allt han skulle så var det inte alltid som hon tog upp detta. Hon menade att det ofta fanns något bakomliggande som hon istället försökte få patienten att

berätta om. Hon ansåg att det hjälpte patienten mer än om hon kom med en massa pekpinningar om att han inte hade skött sig.

Hur vi tacklar sjukdom trodde en av sköterskorna berodde lite på vilken familjesituation som man befann sig i, de som lever ensamma har kanske en lägre tröskel för upplevelsen av sjukdom och uppleva plågor än de som har en miljö runt sig där man får mera stöd, de kanske tål lite mer av samma plågor. En sköterska sa så här om varför vissa klarade av att genomföra till exempel en kostomläggning: *”Det kan kanske bero på om du har något socialt stöd eller om man är ensam, då har du ingen som håller dig i örat. Annars är ju fruarna efter dem och håller dem i örat, det är ju de som lagar maten till dem, medan den som är ensam inte har någon som håller dem i örat”*.

#### *Livsstil och levnadsvanor:*

Orsaken till bristande följsamhet har att göra med personligheten ansåg flera av sjuksköterskorna, en av dem trodde att det kanske kunde vara typ B- människorna som hade svårare att följa givna råd och ordinationer. *”B- människan som inte har någon riktig struktur i sitt liv, utan, det är lite hipp som happ va”*

Hur en person lever betyder mycket när han eller hon drabbas av sjukdomen diabetes. En av de intervjuade berättade om en man som kunde ha fått lägga om hela sitt liv om han blev tvungen att börja med insulin. Det hade inneburit en katastrof för honom, han hade varit tvungen att sluta med sitt jobb, ett jobb som han trivdes med och önskade fortsätta med i några år till. Tack vare att han klarade av att sköta sin diabetes med kost och motion så kunde han vara kvar på jobbet. Så här kunde sköterskan se att det var hans arbets- livssituation som gjorde att han var följsam.

#### *Hälsotillstånd:*

Många gånger kan man få en bristande följsamhet hos personer med typ-2 diabetes eftersom att en person som har diabetes ska handla utifrån att han eller hon är sjuk, även fast de inte känner sig sjuka. Detta är ett av de största problemen för dem. Många säger *”jag mår ju bra så varför ska jag göra så?”*

Ett annat problem som en av de intervjuade hade upplevt bland de äldre patienterna så var det att de ofta har diffusa symtom på sin sjukdomen som patienten själv kopplade ihop med



åldern. De antog att de skulle vara trötta och se dåligt eftersom att de är gamla. Hon berättade att när de patienterna började göra förändringar gick det ofta upp ett ljus för dem, de kom till insikt. Hon hade ofta fått kommentaren: *"Aha- vad det så här jag skulle må fastän jag är sjuttio år"*.

### **Hur sjuksköterskan ska jobba för att får bästa följsamheten**

När en person drabbas av diabetes består sjuksköterskans roll i att hjälpa personen att anpassa sig till en ny livssituation och utveckla sina egenvårdskapaciteter så att de motsvarar de nya egenvårdsbehoven och terapeutiska egenvårdskrav.

För att klara detta måste sjuksköterskan lära känna personen ifråga så att hon kan bedöma vad just han eller hon behöver.

*"Det gäller att skapa ett förtroende med patienten, lära känna den här personen"* gör man inte det kommer man att misslyckas i sitt arbete ansåg en av sjuksköterskorna. Hon menade att det är att lära känna och knyta kontakt med personen som är viktigt för att kunna erbjuda honom eller henne den bästa vården.

Några av de intervjuade kunde bli irriterade på de patienten som var oföljsamma. Några av sköterskorna svarade på frågan vad de gjorde när de upptäckte att en patient var oföljsam att de kan inte göra något. En sköterska sa: *"man kan ju inte ändra på deras personlighet"*. Efter att de hade försäkrat sig om att patienten hade kunskap om sin sjukdom och behandling var det flera av de intervjuade som lät patienten gå.

En av sköterskorna sa rakt ut att hon blev irriterad då en patient efter upprepade försök till förändring ändå inte gjorde de han skulle. Men hon poängterade samtidigt att hon försökt in i det längsta att få patienten på rätt väg.

Av de fem generella hjälpmetoderna som Dorothea Orem beskriver kan fyra av dem appliceras i sjuksköterskans omvårdnadsarbete för att få bästa följsamheten och för att tillvarata patienternas terapeutiska egenvårdskrav vid typ-2 diabetes. Dessa är: att handleda, fysiskt och psykiskt stöd, skapa en miljö som främjar utveckling och undervisning. I arbetet att få den bästa följsamheten är det även nödvändigt med periodvis vägledning som är en del i det stödjande och undervisande omvårdnadssystemet.

### *Undervisning och handledning:*

Då en person drabbas av diabetes är kunskap a och o, man måste få ha rätt att veta och få välja själv, om man inte vet kan man jobba långsiktigt. En sköterska sa: *"För vet man inte, då kan man ju inte välja och försöka göra saker och ting bättre"*.

Ofta så kräver sjukdomen diabetes att man lär sig nya färdigheter eller tillägnar sig nya kunskaper för att själv behärska sin egenvård. Undervisningen måste bygga på den enskilde patienten för att sköterskan ska nå det resultat som hon önskar. Det gäller för henne att se vad den här patienten kan sedan tidigare och utgå från det.

Allt arbete inom diabetesvården måste vara individanpassat. De råden och ordinationerna som man ger en människa passar inte en annan utan man måste utgå från personen som man har framför sig.

Två sjuksköterskor i Norge berättade att de tidigare hade listor som de delade ut till alla sina patienter om vad de skulle äta och vad de inte fick äta. Men de ansåg att ett sådant system inte fungerade, *"Det finns ju så många olikheter hos diabetiker. Det är mycket personligt det är ingen som är den andra likt. Det är variation varje dag"*.

I det undervisande och handledande arbetet gäller det för sköterskan att försök få igång en tankeverksamhet, få patienten själv att komma på vad som skulle kunna vara bättre, få honom eller henne att själv uttala meningen med att förbättra sin livssituation.

Ett sådant arbete kan ta tid så sköterskan får initiera det och sen så får det växa fram hos personen själv. En sköterska sa. *"Man kan inte banka in det i huvudet, fast man skulle vilja det ibland"*. För att man ska få så bra följsamhet som möjligt i arbetet måste man försöka få förändringar att hela tiden ske på patientens villkor, för om sköterska kommer med pekpinnen och säger vad som ska hända är det ytterst sällan som man får ett bra resultat. Sköterskan får i sitt arbete handleda patienterna in på rätt väg.

### *Skapa eller tillhandahålla en utvecklande miljö:*

En hjälpmetod som sjuksköterskan kan begagna sig av för att tillvarata patientens terapeutiska egenvårdskrav är där hon är delaktig i att skapa en omgivning som motiverar patienten att sätt upp mål och delta i dessa handlingar som strävar mot det uppsatta målet.

Både i Sverige och Norge berättade sköterskorna om olika typer av diabetesveckor som de anordnade för patienterna. De upplevde att diabetesveckan var väldigt positivt för patienterna, det var där som de fick direkt respons på att det de gjorde var rätt. För flera av patienterna betydde diabetesveckan väldigt mycket. Det gav dem förutom ny kunskap även ett

tillfälle att utbyta kunskap och erfarenheter med andra som också har diabetes. En sköterska berättade att tiden efter en diabetesveckan gav den bästa följsamheten. För med diabetesveckan fick de mer än bara kunskap, de fick en ny insikt som gör det lättare att vidmakthålla en förändring.

*Vägledning och uppmuntring/ Fysiskt och psykologiskt stöd:*

För att minimera risken för att patienten ska misslyckas i sitt arbete med diabetesen är det viktigt att sköterskan finns där för patienten som ett fysiskt och psykiskt stöd. Dorothea Orem menar att detta är ett av de fem sätt som sköterskan ska använda sig av i omvårdnadsarbetet.

Ibland så behöver en del patienter få lite feedback på att det som de gör är rätt, därför är det viktigt att fortsätta att ha en kontakt med patienten även fast de går bra för dem. En sjuksköterska berättade om en patient som hade lyckats att ta tag i sitt liv och som gick till dem en gång i månaden bara för att få bekräftelse på att det han gjorde var bra och att han var på rätt väg.

Många gånger kan patienterna känna att de är duktiga då de till exempel väljer att stanna hemma istället för att gå på kalas. Men det är ju inte det som sjuksköterskorna vill att de ska göra, för börjar man att göra förändringar i sitt sociala liv genom att stanna hemma och isolera sig för att klara av att sköta sin diabetes, då kommer man med största sannolikhet att misslyckas. Så här är det viktigt att vägleda patienten rätt.

En sköterska sa: ” *det är ju alltid lättare att försöka acceptera det här och få det som en kompis, det är kanske ingen kompis man längtar efter, diabetes, men att man blir vän med den istället för att det är en ovän som hela tiden ställer till bekymmer för en, är i vägen och är besvärlig och aldrig gör att jag kan göra det jag vill.* ”

I Norge berättade en sköterska att en nyupptäckt person med diabetes fick ett personligt telefonnummer dit han eller hon kunde ringa när som helst. Detta gjorde att patienterna upplevde en större trygghet, de visst var de kunde vända sig om det var något dygnet runt.

*Periodvis vägledning:*

När en patient klarar av att genomföra egenvårdshandlingar kan han eller hon periodvis behöva vägledning och uppmuntran för att klara av att bibehålla de förändringar som han har genomfört.

De flesta av sköterskorna hade upplevt att när en person hade haft diabetes en längre tid gled de ofta tillbaka i gamla vanor, så följsamheten var alltid bäst hos en person med nyupptäckt diabetes, eller där man hade gjort en förändring.

En av de intervjuade berättade att det inte är lätt att förändra en "gammal" diabetiker med bara information. De har levt med diabetesen under flera år och skaffat sina egna vanor och rutiner. Dessa patienter tyckte hon var svårast att motivera för förändringar, "*de har liksom gett upp lite*". Så bland dessa patienter var det extra viktigt att komma med något som fångade deras intresse, det kunde vara allt från en ny blodsockermätare till en diabetesveckan. Man kan ibland behöva kast den gamla resultat boken och börja om på nytt blad för att fånga upp patienterna igen.

En sköterska berättade hur hon brukade jobba: "*Vi kan ju ha en människa som vi följer upp lite tätare under en period och sen komma tillbaks med lite längre mellanrum. Och sen kanske vi har en sån här period igen, lite tätare, så att de känner att de har någon som puffar dem i rumpan, eller blåser dem i nacken, eller kalla det vad du vill*".

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

De fyra första intervjuerna genomfördes i Sverige, efter det gjorde vi sex stycken i Norge och när vi kom tillbaka från Norge gjorde vi två till intervjuer i Sverige.

Jag anser att vi gjorde det bästa för oss genom att inleda intervjuerna i Sverige. Detta på grund av att vi nu hann bli lite varma i kläderna och börja känna oss säkrare på intervju tekniken innan vi kom till Norge. Hade vi börjat i Norge hade det varit för mycket nytt för oss, dels situationen men även språket, så jag tror inte vi hade fått samma resultat då.

Vid intervjuerna, efter en inledande orientering av syftet med intervjun och en information om hur den kommer att gå till, så började förtattarna till *Upplevelsen av hälsa och omvårdnadsarbete relaterat till personer med typ-2 diabetes* (Axelsson et al., 2001) med sina frågor. Efter att de hade ställt de frågor som de ville så var det min tur.

Fördelen med att jag gjorde intervjuerna tillsammans med författarna till *Upplevelsen av hälsa och omvårdnadsarbete relaterat till personer med typ-2 diabetes* (Axelsson et al., 2001) har varit att jag har fått ett mycket bredare material att jobba med. Jag har i mitt arbete kunnat

använda väldigt mycket av deras material för att få svar på det jag önskade veta. Många gånger fick jag fram sådant som jag inte skulle ha fått reda på om jag hade gjort intervjuerna själv. Ett sådant exempel var då jag frågade om det fanns några kulturella skillnader i följsamheten, den intervjuade svarade mig att hon inte upplevde att det fanns några skillnader medan hon tidigare hade sagt att det fanns skillnader, att det var svårare att jobba med invandrare för hon kände att hon inte nådde fram med sitt budskap, att det inte var alltid som hon var säker på att de gjorde som hon tyckte.

Under de intervjuer som vi gjorde i Norge var det mycket svårare att få fram det jag önskade om följsamhet. Detta på grund av att de flesta sjuksköterskorna inte visste vad, eller var inte insatta i begreppet följsamhet.

Det var innan vi började med våra intervjuer i Norge som jag frågade några studenter och lärare på högskolan i Östfold om de visste vad man menade med begreppet compliance, adherence eller co-operation. Det var ingen av dem som hade hört om detta begreppet innan.

Vår handledare Sonja Bakken hjälpte mig därför inför den första intervjun att hitta ett norskt ord för följsamhet. Det visade sig att man i Norge inte hade något eget ord för det. Så jag fick istället fråga sjuksköterskorna hur de tyckte att patienterna följde deras givna råd och ordinationer.

Anledningen till att jag valde att göra intervjuer till detta arbete var att jag försökte få fram hur sjuksköterskor upplever följsamheten hos personer med typ-2 diabetes, upplevelsen av något är mycket svårt att fånga upp på något annat sätt.

Eftersom att det finns väldigt mycket publicerat forsknings material runt följsamheten hade jag troligen kunnat hitta svaret på min fråga genom att göra en litteraturstudie. Men genom att söka svaren i intervjuer anser jag att jag har fått en större förståelse av hur sköterskorna upplever det. I en litteraturgranskning kan man aldrig uppleva berättarens sinnesuttryck när de berättar om något. Man ser inte om personen himmlar med ögonen eller sucka och stönar över något.

Den näst sista intervjun som vi gjorde i Sverige valde jag att inte ha med i arbetet. Detta på grund av att den sjuksköterska som vi skulle intervjuva var sjuk och hade ersatts med en annan som inte hade nog lång erfarenhet av diabetesvård. Den sjuksköterska som vi intervjuade hade bara jobbat med diabetes patienter i ett år och den grupp av sköterskor som vi hade inriktat

oss på var de som minst hade jobbat två år med diabetes patienter och under den tiden haft kontinuerlig kontakt. Så arbetet vilar på elva intervjuer, fem i Sverige och sex i Norge.

Redan efter åtta intervjuer, fyra i Sverige och fyra i Norge upplevde jag att det inte kom fram något nytt under intervjuerna. Eftersom en kvalitativ studie ofta inte bygger på ett stort antal deltagare hade man kunnat avbryta intervjuerna redan då (Malterud, 1998). Men på grund av vår begränsade erfarenheter av kvalitativa studier valde vi att genomföra alla planerade intervjuer.

Under skrivandet av arbetet använde jag mig av Backmans Rapportert och uppsatser (1998) då den innehåller internationella anvisningar och rekommendationer om hur man ska referera och hur arbetet ska disponeras.

### **Resultatdiskussion**

Orsaken till bristande följsamhet eller non-compliance är något väldigt komplext, alla intervjuerna visade på flera olika faktorer som kan spela in. Det är aldrig bara en faktor som orsakar den bristande följsamheten utan flera.

När jag frågade de sköterskor som vi intervjuade i Sverige och Norge hur de såg på följsamheten så svarade alla att det är något stort och svårt. Stort för att det finns så mycket som inverkar i det och svårt för att det inte finns några färdiga mallar för hur de ska jobba för att få den bästa följsamheten. En sköterska berättade även att hon kunde bli irriterad på patienten då han inte följde det hon sa, trots att hon upprepade gånger försökte få honom på rätt väg.

Dorothea Orem menar att orsakerna till att olika människor följer ordinationer olika ligger i deras förmåga att genomföra egenvårdshandlingar (Conley Wichowski et al., 1999). De faktorer som Orem räknar upp som påverkar en persons egenvårdskapacitet kan när man studerar var och en av dessa faktorer mycket väl vara den bakomliggande orsaken till non-compliance (Orem, 1995). Men när man studerar patienten utifrån ett helhetsperspektiv blir det mycket svårare att finna vad som verkligen orsakar non-compliance. Flera av sköterskorna menade att det beror på personligheten. Så här efteråt kan jag undra vad denna personlighet innebär, en av sköterskorna pratade om typ A- och typ B- människor och där typ B-människan skulle vara den som inte var följsam. En människas personlighet bygger till stor del på erfarenheter och kunskap som kommer att vägleda och påverka en i livet.

I intervjuerna kom det även fram att non-compliance ofta bero på i vilken grad behandlingen stör patientens vanor och livsmönster. Måste man göra många förändringar i sitt dagliga liv så blir det på en gång mycket svårare, då spelare det inte någon roll om personen kommer från en annan kultur eller lägre socialgrupp. Det blir precis lika jobbigt för alla, utan det som spelar in här och som kommer att göra skillnad i följsamheten är bland annat vilken personlighet och vilket stöd som personen ifråga har runt omkring sig.

Den bristande följsamheten som jag fann hos personer från en annan kultur beror till största del på att sköterskan och personen i fråga ej pratar samma språk, både verbalt och när det gäller upplevelsen av sjukdom och hälsa. I intervjuerna berättade flera av sköterskorna att de kände sig osäkra om patienten hade förstått allt eller inte. Synen på hälsa påverkar följsamheten väldigt mycket. Det var mycket svårare för sköterskorna att förklara vikten av att följa alla råden och ordinationerna för de patienter som ansåg att de mår bra och redan hade hälsa, eller för de som hade en annan syn på vad god hälsa är för något.

I jobbet för att få den bästa följsamheten i omvårdnaden av personer med typ-2 diabetes utgick alla de intervjuade från den individuella personen.

Forskningen kring följsamhet hos patienter är något som hela tiden pågår, under skrivandet av föreliggande arbetet blev jag informerad om en term till som hade börjat användas inom forskningsvärlden. Termen lyder som följande: Concordens och definitionen på den samma är: "Samstämmighet mellan doktors ordination och patientens syn på det" (H.Persson, personlig kommunikation, 9 maj, 2001).

Playle and Keeley (1998) menar att forskningen kring följsamhet till stor del härrör från professionens vilja att vidmakthålla den gamla synen på vårdpersonal och patient. Där en oföljsam patient är den passive patienten som ej gör som den paternalistiske vårdgivaren säger. De anser vidare att forskningen runt följsamhet bara ett tecken på paternalistiskt tänkande som vi måste komma bort från.

I intervjuerna till detta arbete var det flera av sköterskorna som sa att de försökte få patienterna att göra som de ville genom att få patienten att själv säga orden, de lade så att säga orden i munnen på patienten. Men kan vi alltid kräva att våra patienter ska vara följsamma, att de ska göra som vi vill? Vill vi att de ska vara exemplariska som en av sköterskorna uttryckte det? Om man förväntar sig att ens patienter gör allt man vill så tror jag att man måste vara en "supersköterska".

I och med att omvårdnaden av våra patienter bygger på helhetssyn och helhets tänkande måste vi som jobbar inom vården acceptera att det inte alltid går som vi hade tänkt det.

Som en fortsättning på detta arbete skulle det vara att djupare undersöka vad det är för personlighet som är mindre följsam än andra. Se om det verkligen ligger i personligheten.



## REFERENSLISTA

Allgot, B. (2000). Personer med diabetes – fra brikker till aktörer?. *Tidskrift for Den norske lægeforening*. 120, 2683-85.

Arborelius E. (2000). *Varför gör dom inte som vi säger?? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor* (4:e rev. Uppl.). Mölndal: Bristol-Myers Squibb, Sanofi.

Axelsson E. & Butfors S. (2001). *Upplevelsen av hälsa och omvårdnadsarbete relaterat till personer med typ-2 diabetes*. (Examensarbete för sjuksköterskeprogrammet). Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa och naturvetenskap.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Berne & Andersson. (1997). *Läkemedelsboken 97/98*. Stockholm: Apoteksbolaget AB.

Conley Wichowski H. and Kubsch S. M. (1999). Increasing diabetic self-care through guided imagery. *Complementary therapies in nursing and midwifery*. 5, 812-820.

Ericsson, E. & Ericsson, T. (1997). *Medicinsk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ferri M., Brooks D. and Goldstein R. S. (1998). Compliance with treatment- an ongoing concern. *Journal of the Canadian Physiotherapy Association*. 4, 286-290.

Groop, L. (1998). Ny diagnostik och klassifikation av diabetes. *Läkartidningen*. 95, 5136-5138.

Gåfväls, C. (1999). Ökat psykosocialt stöd behövs i diabetesvården. *Läkartidningen*. 96, 2211-14.

Hanssen, K. & Julsrud Berg, T. (2000). Diabetesbehandling i förändring. *Tidskrift for Den norske lægeforening*. 120, 2377-78.

- Hanssen I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Jahren-Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.
- Julsrud Berg, T. (2000). Kan typ 2-diabetes förebyggas?. *Tidskrift för Den norske lägeforening*. 120, 2430-3.
- Kvale S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kyngäs H., Duffy M. E. and Kroll T. (2000). Review: Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*. 9, 5-12.
- Lacey K. O., Chyun D. A. and Grey M. (2000). An integrative literature review of cardiac risk factor management in diabetes education interventions. *The diabetes educator/ journal of the American association of diabetes educators*. 5, 812-820.
- MacLean D. and Lo R. (1998). The non-insulin-dependent diabetic: Success and failure in compliance. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 15, (4), 33-42.
- Malterud K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- MLL. *Vårdprogram Diabetes Mellitus*. (1995). Lund: Malmöhus läns landsting.
- Nationalencyklopedin*. (1989). Höganäs: Bra böcker.
- Orem D. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5:th ed.). Savannah: GA: Mosby Year Book.
- Playle J.F. & Keeley P. (1998). Non-compliance and professional power. *Journal of Advanced Nursing*. 27, 304-311.
- Polit D. F. and Hungler B. P. (1999). *Nursing research Principles and Methods. Sixth edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rydén, O. & Stenström, U. (1994). *Hälsopsykologi- psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier utbildning.

Smith, U. (1998). Dags att mota den "epidemiska" spridningen av diabetes. *Läkartidningen*. 95, 5124-5125.

Socialstyrelsen. (1996). *Nationella riktlinjer. Tema: Information till patienter med diabetes mellitus*. Stockholm: Medicinsk faktadatabas.

WHO. (2000). *Diabetes mellitus*. (www dokument). URL <http://www.who.int/inf-fs/en/fact138.html>

## BILAGA 1

### **Intervjuguid**

Kort om syftet med intervjun:

Vi har för avsikt att tala kring personer med typ-2 diabetes och framförallt de som fortfarande är i en arbetsför ålder, det vill säga upp till 65-år.

Först kommer Axelsson och Butfors att ställa sina frågor rörande hälsa därefter kommer jag att fråga runt omkring följsamhet.

Bandspelare:

Vi använder bandspelare för ljudupptagning, efteråt kommer vi att skriva ut intervjun på papper. När arbetet är färdigt kommer vi att förstöra intervjuutskriften och ljudbanden kommer att spelas över.

Tystnadeplikt:

Allt som sägs under intervjun som rör privata data kommer att hållas konfidentiellt. Ditt namn kommer aldrig att nämnas i det färdiga materialet. Skulle du uppleva obehag under intervjun har du när som helst möjlighet att avbryta intervjun.

Fråga den intervjuade om det är något hon undrar över innan intervjun börjar.

### **Följsamhet:**

Syn på följsamhet.

Kan du beskriva hur du ser på följsamheten hos personer med typ-2 diabetes.

Skillnader i följsamhet.

Har du upptäckt om det finns några skillnader i följsamheten bland de personer som du har träffat?

Åtgärder vid bristande följsamhet.

Vad gör du när följsamheten brister?