

GRUPPBASERAD UTBILDNING FÖR PERSONER MED DIABETES TYP 2 EN KARTLÄGGNING GENOMFÖRD 2023

Marianne Lundberg & Janeth Leksell

SFSD styrelse





BAKGRUND - SYFTE

- SFSD har 10 fokusområden, varav ett handlar om
”Kartläggning av gruppundervisning nationellt via diabetessamordnare”
- Syftet: Öka gruppbaserad patientutbildning i primärvården
- Nationella Riktlinjer (*prio 3*)
Gruppbaserade utbildningsprogram givna av personer med ämnes- och pedagogisk kompetens
(HbA1c)

Diabetesvård för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2017)



ÄMNES- OCH PEDAGOGISK KOMPETENS

- Ämneskompetens
 - Goda kunskaper om diabetessjukdomen och dess behandling
- Patientutbildning är en förutsättning för bra resultat av annan behandling
- Pedagogisk kompetens
 - Vara väl insatt i pedagogiska metoder och teorier (förhållningsätt), engagemang samt kunskap om vuxnas lärande

Diabetesvård för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2017)



SOCIALSTYRELSEN 2023

VÅRD SOM INTE BÖR GÖRAS

- Kartläggning av II områden - varav ett var diabetes – om vården fasar ut vård som klassas som *icke göra*
 - *Saknar vetenskapligt stöd*
 - *Inte gör nytta*
 - *Kan vara skadligt för patienter*

[2023-II-8818.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

ICKE GÖRA

D01	diabetes	motiverande samtal enligt MI-metoderna (MI, AMI och MET) i syfte att förbättra glukoskontrollen	icke-göra	Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden inte har någon effekt på HbA1c eller kroppsvikt.
D05	typ 2-diabetes	gruppbaseade utbildningsprogram, givna av personer utan pedagogisk kompetens	icke-göra	Åtgärden har inte någon kliniskt relevant effekt på HbA1c.

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon klinisk effekt om pedagogisk kompetens inte finns.

[Vård som inte bör göras \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

[Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas](#)



KARTLÄGGNINGEN 2023

- Enkät skickades under våren ut till diabetessamordnare i 14 regioner som sedan skickades ut till sin regions diabetessjuksköterskor i primärvården
- Svaren skickade in efter sommaren
- Rapport sammanställdes under hösten





RESULTAT

- Svar från 241 vårdcentraler i 13 regioner
- 37 av dessa erbjuder (15%) = majoriteten erbjuder inte
- Gävleborg, Stockholm, Örebro
- Oftast egna mallar/modeller
- Metod för utvärdering varierar, saknas ofta

- BRIST PÅ TID OCH PEDAGOGISK KOMPETENS





UTMANINGAR

- Icke göra utan pedagogisk kompetens
- Få diabetessjuksköterskor har pedagogisk kompetens
- Utbildningsmöjligheter saknas på många ställen i landet
- Möjlighet Uppsala, Göteborg, Umeå
- Hur få till trots brist på tid och mycket att göra?



HUR GÅR VI VIDARE - PLANERAS FÖR FOKUSGRUPPSINTERVJUER I TVÅ REGIONER UTMANINGAR/MÖJLIGHETER



PERSONCENTRERAD EGENVÅRDSSUPPORT ENLIGT UMEÅMODELLEN

Lena Jutterström

Universitetslektor, Distriktssköterska,
Diabetessköterska

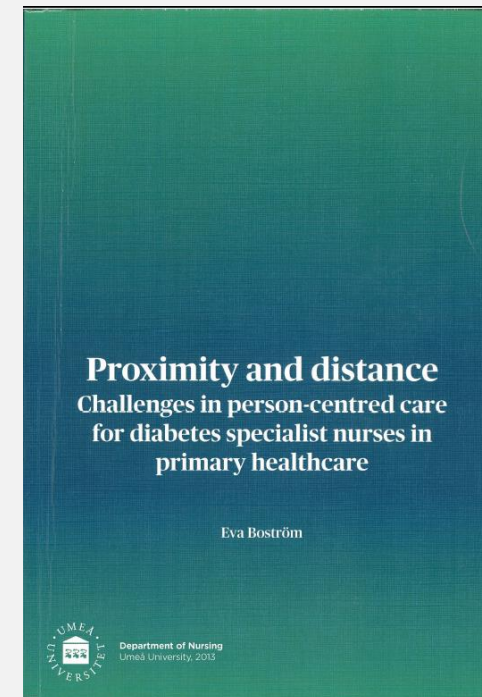
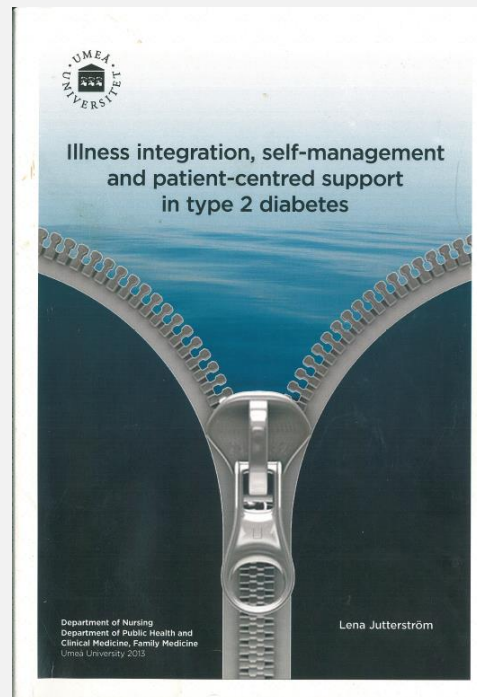
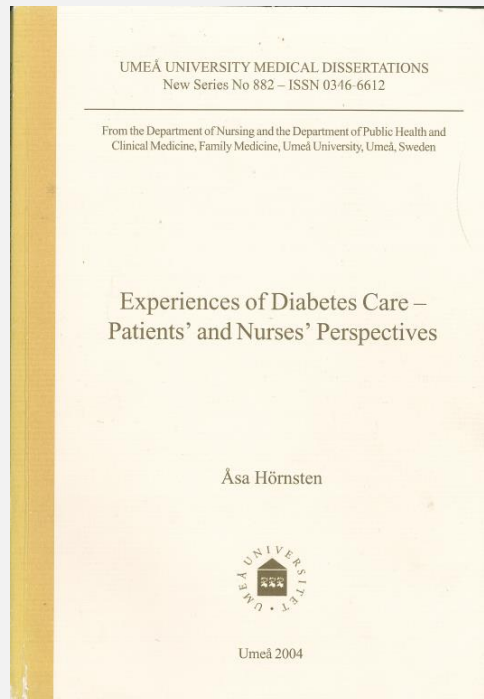
Institutionen för omvårdnad



VAD SKA PATIENTUTBILDNINGAR VID DIABETES INNEHÅLLA FÖR ATT STÖDJA EGENVÅRD?

- Det finns inget consensus men.....
- Riktlinjer förespråkar att vårdpersonal använder sig av en personcentrerad approach. (IDF, ADA)
- Studier visar på att personcentrerad vård resulterar i förbättringar på hälsoparametrar såsom HbA1c (L.E. Olsson., et al.,(2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *J Clin.Nurs.* 22, 456-465. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12039>); Jutterström L., Hörnsten Å., Sandström H., Stenlund H. & Isaksson U. (2016). Nurse-led patient-centred self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes- A randomized study. *Patient Education & Counseling.* 99, 11, 1821-1829.
- Att inte arbeta personcentrerat kan leda till nedsatt tillfredsställelse samt bidra till höga blodsockervärden hos patienter. Trots detta så väljer **INTE** vårdpersonal detta arbetssätt. Det upplevs svårt att fokusera på patientens mål och behov samt att det innebär att ändra sitt eget arbetssätt till en mer komplicerad pedagogisk ansats (M. Crowe et al., (2017). Living with sub-optimal glycaemic control: the experiences of Type 2 diabetes diagnosis and education. *J Adv. Nurs.*73,612-621. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13145>)
- Även om riktlinjer rekommenderar personcenterad vård till vårdpersonal så finns det en klyfta mellan teori och praktik. Sjukvårdspersonal har problem att arbeta personcentrerat men även med att mäta/utvärdera denna approach. (Lafontaine et al., (2020). Dimensions, application, and outcomes of person-centered self-management interventions for those living with type 2 diabetes: A scoping review. *Pat. Edu. Couns.* 103. 1961-1982. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.020>)

EFFEKTER AV GRUPPTRÄFFAR



HÖRNSTEN (2004) DIVA I – RCT – 104 PAT

Patienter deltog i 10 gruppträffar där Hörnsten var ledare. Träffarna fokuserade på patienters personliga förståelse av sjukdom. Resultatet visade **ökad behandlingstillfredsställelse** och **förbättrad metabol balans**.

	Intervention HbA _{1c} ± SD(%)	Kontroll HbA _{1c} ± SD(%)	Diff	<i>p</i>
Baseline	5.71 ± 0.7	5.78 ± 0.7	0.07	0.617
12 mån	5.43 ± 0.7	6.37 ± 1.1	0.94	0.005
5 år	5.71 ± 0.8	7.08 ± 1.7	1.37	<0.001

NYTT SÄTT UTARBETAS OCH TESTAS I DIABETESVÅRDEN

- Utgår från personlig förståelse av sjukdom
- Fokus ligger inte på medicinska fakta och information
- Stödjer sjukdomsintegration
- Påskyndar så kallade turning points
- Innebär INTE top-down styrning
- Innebär ett ”delande” i enlighet med definition av så kallade stödgrupper

PERSONLIG FÖRSTÅELSE AV T2D

Tema på träffarna:

- Bilden av sjukdomen
- Innebörden i diagnosen
- Integrationen av sjukdomen
- Utrymmet i vardagen
- Ansvaret för egenvården
- Framtiden med sjukdomen inräknad

ETT NYTT ARBETSSÄTT TESTAS DIVA-2

- Denna grupputbildning handlar inte om att överföra kunskap genom information
- Hjälpa patienten att hitta motiv, anledning och vilja att själv söka kunskap ändrad livsstil
- Personcentrerat = är genererat från patienter via intervjuer, **det berör...**
- De teman som diskuterades vid varje träff har utvecklats via intervjuer med patienter
- Vid varje träff diskuterades ett tema och även det som deltagarna önskade **diskutera med andra**
- Gruppträffarna varade ca 90 minuter / individuella träffarna varade ca 45 minuter

BILDEN AV SJUKDOMEN

Hur allvarlig är sjukdomen?

Kan man blunda eller borde jag reagera?

Känner jag någon som har typ 2 diabetes?

Hur gick det för honom eller henne?

Hur stor är risken för komplikationer?

Vilka komplikationer skulle vara värst?

(hjärtinfarkt, stroke, blindhet, amputationer,
njurproblem/ dialys)

Hur kan man minska risken?

”Mina bröder och mina föräldrar har ju också diabetes så hos oss är det liksom ett normaltillstånd.”

”Jag ser det väl inte som en sjukdom utan som ett tillstånd eller ett slitage på kroppen som kommer med åldern.”

”Jag upplevde det fruktansvärt och kände att nu blir det en sak till som jag måste ha koll på trots att livet redan är mer än fullt. Jag berättade det inte för maken och flickorna förrän efter ett år.”

INNEBÖRDEN AV DIAGNOSEN

Är jag sjuk nu?

Varför fick jag diabetes?

Vad innebär detta för mig?

Fördelar med diagnosen?

Nackdelar med diagnosen?

Vad har diagnosen inneburit för andra personer jag mött?

Kan det bli likadant för mig?

”Inte är det kul eftersom man vet att med tiden kommer kvittot på hur man levt. Jag kan väl säga att det handlar om skuld och skam och begränsningar.”

”Egentligen ser jag det som en fördel att ha fått diabetes för nu kan jag med gott samvete avsätta tid för mig själv och sen är det alltid bra med en tankeställare.”

”Jag ser det inte som något som begränsar mig. Jag lever fullt ut och äter sånt som jag tycker är gott och retar mig på människor som säger att inte kan väl du äta det och det.”

INTEGRATION AV SJUKDOM

- Hur långt har man kommit?
- Har man fått sjukdomen?
- Sjukdomen är så allvarlig –blir panikslagen
- Väntar och ser hur det utvecklar sig
- Har man nått en turning point dvs att man hanterar sjukdomen utan att man tänker på det?

”Jag satt i väntrummet med frugan som hade tid på vårdcentralen och då stod det att man kunde kolla blodsockret på lab, och då hade jag diabetes! Hade jag misstänkt det hade jag aldrig kollat!”

”Jag visste att jag hade det flera år innan jag fick svart på vitt att jag hade diabetes. Jag tänkte att jag försöker göra nånting själv först. Jag kände mig helt enkelt inte mogen att få diagnosen då. Nu känns det på ett helt annat sätt.”

”Jag vet inte, jag fick ju diabetes av blodtrycksmedicinen så jag räknar med att det går över och lever som vanligt.”

UTRYMME FÖR EGENVÅRD

- Har jag tid, ork, råd?
- Passar diabetessjukdomen in i mitt liv?
- Har jag stöd från kompisar?? Har jag stöd från närstående? Har jag stöd från sjukvården?
- Vilka möjligheter ser jag i den situation som jag befinner mig?

”Det är ju så mycket annat som också måste få ta tid så att prioritera att gå ut på en promenad på kvällen när man kommer hem klockan sex är ett svårt val fastän det borde vara självklart.”

”Jag sköter ju min make i hemmet som har alzheimer och inte kan lämnas ensam så det är inte så lätt som man kan tro att komma ut.”

”Egentligen är det ju bara att lägga om rutinerna och gå ut och gå efter frukost, lunch och middag för ingenting hindrar mig. Nu gör jag väl inte det varje dag, men jag har vissa ambitioner.”

ANSVARET FÖR EGENVÅRDEN

- Känner jag att jag är sjuk/ har jag en sjukdom som måste hanteras?
- Hur ser jag på egenvården och sjukdomshantering? Vad ingår i den?
- Prioriterar jag egenvård och behandling?
- Vilka motiv talar för eller emot egenvård /sjukdomshantering?
- Känner jag att jag vill och orkar ta ansvar för egenvården?
- Vad förväntar jag mig av diabetessköterskan/läkaren för att kunna hantera egenvården?

"Egenvård, vad är det, är det att göra som man blivit tillsagd?"

"Motionera, det sa min pappa var till för dom som har för lite att göra."

"Jag äter ju regelbundet som man ska och motionerar till viss del och tar mina mediciner och kollar även mitt blodsocker och noterar värdena och visar upp för Agneta (diabsköt) för hon har ju ett visst kontrollbehov."

FRAMTIDEN MED SJUKDOMEN INRÄKNAD

- Nuets och framtiden med sjukdomen inräknad
- Hur ser nuet ut?
- Hur ser min framtid ut?
- Hopp eller övertygelse?
- Vad kan påverka hur framtiden blir? (Ödet?, Medicinska framsteg/ mediciner?, Jag själv?)
- Har jag planer för framtiden?
- Hur ser mina planer ut?
- Är de realistiska?
- I bästa fall? I sämsta fall?

FRAMTIDEN MED SJUKDOMEN INRÄKNAD (CITAT)

- **Hur tror du att du lever om 10 år?**
- Jag tänker att om 10 år då har jag och min fru pension och kan tillbringa tre månader på Kanarieöarna under vintern och leva goda livet.
- **Det låter riktigt härligt, men då undrar jag hur du tänker att läget är kring din diabetes då?**
- Ja just ja, du måste ju alltid föra in samtalet på det obehagliga...(ler) Jag hoppas att det skall vara oförändrat, men samtidigt signalerar dom ju att ögonen håller på att förändras, så vi får väl se. Kanske är det ett önsketänkande för att hålla hoppet uppe!

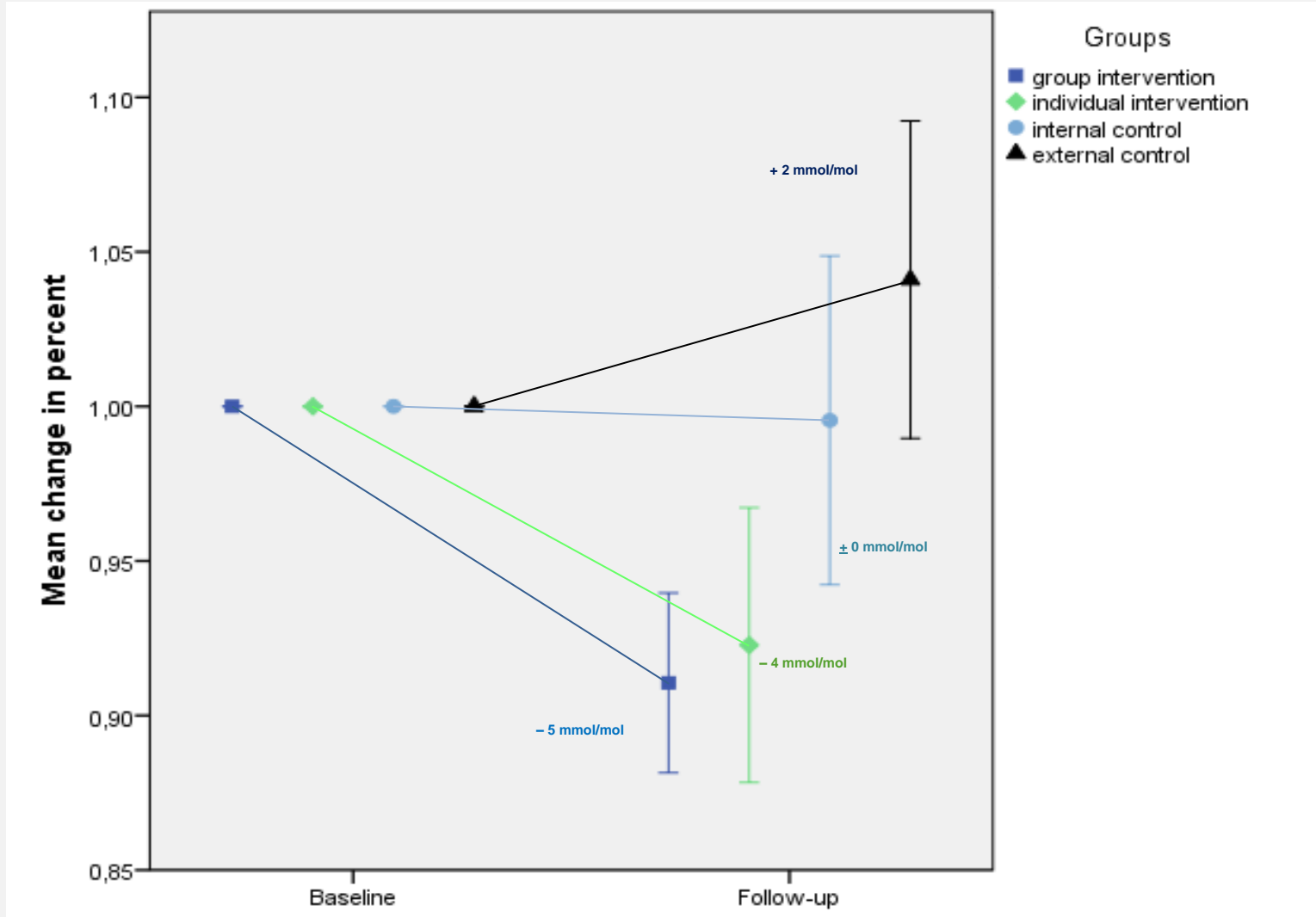
JUTTERSTRÖM (2013/2016)

DIVA 2 – RCT – 185 PATIENTER

Deltagande deltog i 6 gruppträffar alternativt individuella träffar som fokuserade på patienters personliga förståelse av sjukdom innebar **förbättrad metabol balans.**

	Baseline Mean \pm SD	Follow-up Mean \pm SD	differences	p-value
Hba1c (mmol/mol)				
GI	51.71 \pm 9.76	46.68 \pm 7.99	-5.03	0.000
II	50.21 \pm 8.98	45.91 \pm 8.69	-4.30	0.004
IC	50.06 \pm 8.16	49.97 \pm 11.76	-0.09	0.946
EC	47.07 \pm 9.28	48.55 \pm 9.98	+1.48	0.213

RESULTAT – DIVA 2 STUDIEN I-ÅRSUPPFÖLJNINGEN



BOSTRÖM EVA (2013)

Diabetessköterskorna upplevelse av den personcentrerade supporten:

- **berikande** och man kom **patienten närmare**
- men innebar en **rollförändring** och en **nedtoning av expertrollen**
- var inte **övertygad om metoden**
- trots att patienterna hade **förbättrad metabol balans**

TOLKNINGAR AV RESULTATET

- Deltagarna i interventionsgruppen hade förbättrat egenvården
- Deltagarna hade sannolikt fått en ökad insikt i allvarsgraden och nödvändigheten att ta eget ansvar för egenvården
- Deltagarna kände sig förstådda och upplevde i högre grad att vårdarna ville stödja dem.
- Deltagarna tänkte i högre grad på framtiden och ville försöka få kontroll över situationen
- Sjukdomen har troligen integrerats snabbare (den emotionella och existentiella dimensionen parallellt med sjukdomshanteringen)

DET ÄR SVÅRT ATT ÄNDRA ARBETSSÄTT (DIABETESSKÖTERS KANS PERSPEKTIV)

Organisatoriska hinder:

- Tiden
- Andra prioriterade sysslor konkurrerar
- Support från ledning, verksamhetschefer, kollegor är ett måste?

Personliga hinder:

- Ovilja att ändra sig
- Saknar kunskap, pedagogiska verktyg
- Osäkerhet om man kommer patienten för nära

Hinder hos patienten:

- Höga avhopp
- Patienter som tar över
- Patienter som pratar om annat
- Patienter som inte tål varandra

DIABETESSKÖTERS KANS REFLEKTIONER EFTER EN PERSONCENTRERAD SUPPORT

- Inga förberedelser krävs
- Det fungerade bättre än förväntat och personerna var nöjda
- Man får reda på hur personen tänker kring sin sjukdom och deras problem
- Man en annan förståelse när personen pratar om sina tankar och känslor kring sjukdomen
- Får höra lite annat om personerna så att jag kan bättre förstå de val de gör
- Man får en annan relation
- Man reflekterar över sin egen roll, sin profession, hur ska man lära ut och vad man saknar pedagogiskt
- Egenvårdsråden blev mer personligt anpassade

“Jag har inte förstått att det var så här jobbigt att ha diabetes. Nu förstår jag varför de (patienterna) inte lyssnar”

“Man måste våga kasta sig in i det faktiskt. Det är ju ett så annorlunda sätt att ha grupper på jämfört med hur man har haft tidigare, så det kändes ju lite nervöst i början”

CITAT FRÅN EN DIABETESSKÖTERSKA SOM NÅTT EN TURNING POINT

Jag har nog känt att jag har ändrat perspektiv från:

DU är ett problem 

DU har ett problem som JAG måste lösa 

DU har ett problem som DU ska lösa och JAG ska stödja dig

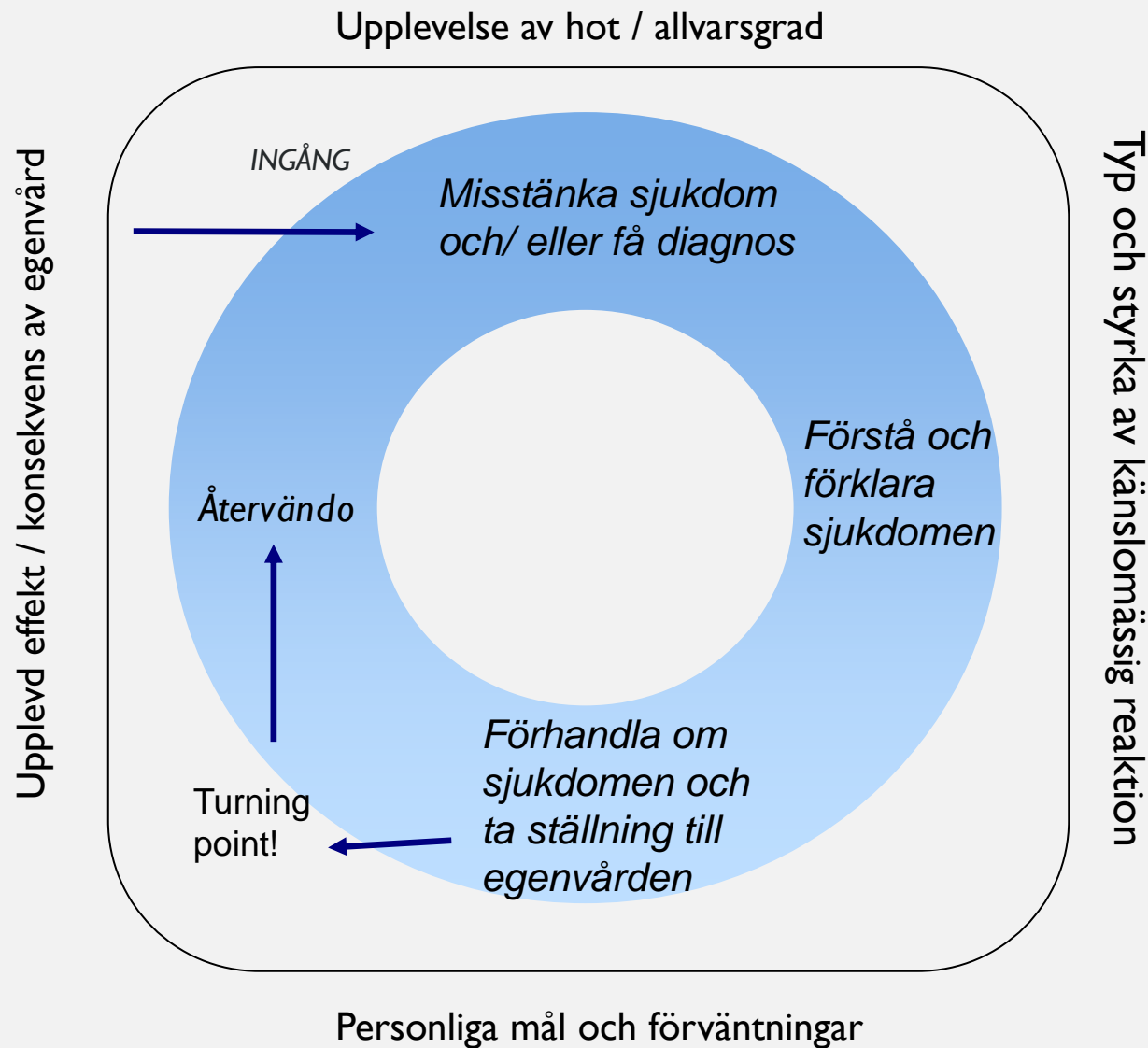
PRAKTISKA TIPS



- Kopiera och lämna ut till deltagare
- Bjud in konsekutivt
- Bra om deltagarna har olika åldrar, haft T2D olika länge, har olika behandlingar
- Bestäm datum för alla träffar alt. bestäm nytt datum vid varje träff
- Vad moderator, fördela ordet och se till att alla kommer till tals
- Påminn om att det som sägs i gruppen stannar där
- Programmet fungerar både i grupp och individuellt

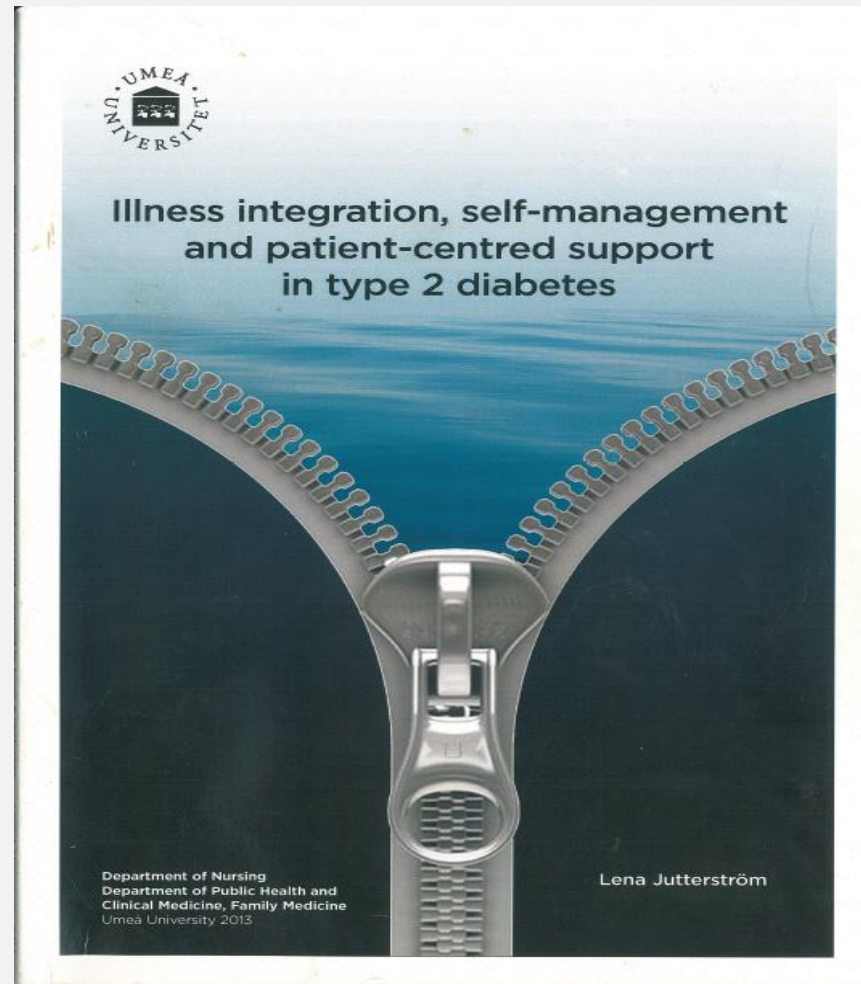
Modell över integration av sjukdom och sjukdomshantering

Använd denna modell och försök identifiera och förstå var i integrationsprocessen personen befinner sig. Genom detta kan man individuellt anpassa de eventuella stödåtgärder som personen behöver



VETENSKAPLIGA ARTIKLAR

- Jutterström L., Stenlund AL., Otten J., Lilja M. & Hellström Ängerud K. (2024). Awareness of cardiovascular risk among persons with type 2 diabetes: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 19(1):2294512. doi: 10.1080/17482631.2023.2294512.
- Jutterström L., Hörnsten Å., Sandström H., Stenlund H. & Isaksson U. (2016). Nurse-led patient-centred self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes- A randomized study. *Patient Education & Counseling*, 99, 11, 1821-1829.
- Jutterström L., Isaksson U., Sandström H. & Hörnsten Å. (2012). Turning point in self-management of type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 9, 2, 46-50.
- Jutterström L., Graneheim U.H., Isaksson U. & Hörnsten Å. (2012). Ideal versus Real conditions for type 2 diabetes care- diabetes specialty nurses' perspectives. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 11, 2 doi: 10.5580/2a5f
- Hörnsten Å., Jutterström, L., Auduly, Å. & Lundman B. (2011). A model of illness integration and self-management in type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 1, 41-51.
- Hörnsten Å. & Graneheim U.H. (2011a). A lesson to learn- Patients' critique of diabetes nursing. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 11,1, doi: 10.5580/4e3.
- Hornsten A., Stenlund H., Lundman B. & Sandstrom H. (2008b). Improvements in HbA1c remain after 5 years- a follow up of an educational intervention focusing on patients' personal understandings of type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 81, 1, 50-55.
- Hornsten A., Lundman B., Stenlund H. & Sandstrom H. (2005b). Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 68, 1, 65-74.
- Hornsten A., Lundman B., Selstam EK., Sandstrom H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51,6, 609-617.
- Hornsten A., Sandstrom H. & Lundman B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 2, 174-182.



Länk till avhandlingen:

<http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:615238/FULLTEXT02>

Tack för mig!

Tveka inte att höra av er om ni behöver support
att starta grupper

lena.jutterstrom@umu.se