



## **Examensarbete:**

# **Livsstilsförändring i kampen mot diabetes typ 2 En litteraturstudie om primärprevention**

## **Utvecklingsarbete:**

### **Från tanke till handling Hur hälsovårdaren kan stöda individen i kampen mot diabetes typ 2**

Liljeqvist Sandra

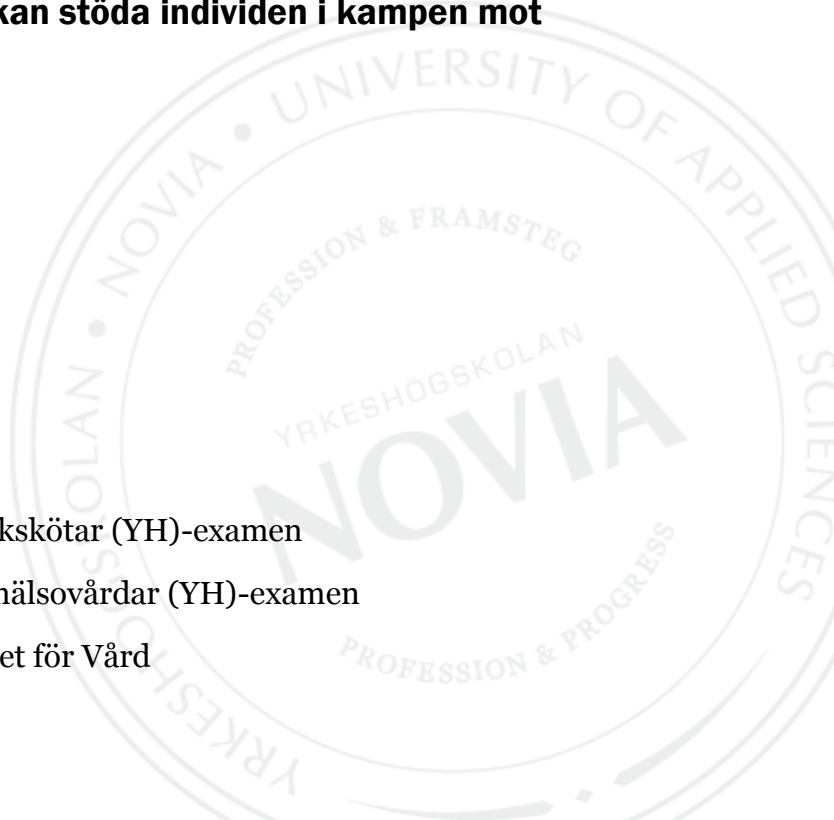
Mattsson Hanna

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utvecklingsarbete för hälsovårdare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2013



## **EXAMENSARBETE**

Författare: Sandra Liljeqvist och  
Hanna Mattsson

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård

Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Livsstilsförändring i kampen mot diabetes typ 2 - En litteraturstudie om primärprevention

---

Datum: Hösten 2012

Sidantal: 45

Bilagor: 1

---

### **Sammanfattning**

Syftet med lärdomsprovet var att granska ny forskning om prevention av diabetes mellitus typ 2 för att få svar på hur man bäst kan förebygga ett insjuknande samt hur rådgivningen till patienter som riskerar att insjukna bör utformas. Examensarbetet utfördes inom projektet "Välfärdssjukdomar i Finland - kan vi förebygga, lindra och bota?" i samarbete med Korsholms hälsovårdscentral och Yrkeshögskolan Novia.

Examensarbetet förverkligades som en litteraturstudie och metoderna som användes var innehållsanalys och resumé. Som teoretisk referensram användes Erikssons ontologiska vårdelement, Orem's egenvårdsteori och den transteoretiska modellen av Prochaska och Di Clemente.

De viktigaste resultaten av denna litteraturstudie var att en livsstilsförändring är viktig för prevention och högriskindividen är själv ansvarig för den. Det visade sig också att det är viktigt med stöd och sociala interaktioner för att åstadkomma en bestående förändring. De hälsoprofessionellas uppgift är att informera, motivera och stöda patienten i livsstilsförändringen. Livsstilsinterventioner är effektiva för att reducera riskerna för diabetes typ 2.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Diabetes Mellitus typ 2, förebyggande, primärprevention, rådgivningsarbete

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Authors: Sandra Liljeqvist and  
Hanna Mattsson  
Degree Programme: Nursing, Vaasa  
Specialization: Public Health Care  
Supervisors: Anna-Lena Nieminen

Title: Lifestyle change in the battle against type 2 diabetes – A literature study about primary prevention

---

Date: Autumn 2012

Number of pages: 45

Appendices: 1

---

### **Summary**

The aim of the thesis was to examine new research in preventing diabetes mellitus type 2 to find the best way to prevent disease and in what way the counselling given to patients at high risk should be developed. The bachelors' thesis was carried out within the project "*Välfärdssjukdomar i Finland - kan vi förebygga, lindra och bota?*" in collaboration with the Korsholm Health Center and Novia University of Applied Sciences.

The thesis was realized as a literature study and the methods used were content analysis and review articles. The theoretical framework consisted of Eriksson's ontological care elements, Orem's self-care theory and Prochaska and Di Clemente's transtheoretical model.

The most important results of this literature study were that lifestyle change is essential for prevention, and the person at high risk is responsible for the change. It was also revealed that support and social interaction is important for achieving an enduring change. The nursing staff's mission is to inform, motivate and support the patient in the lifestyle change. Lifestyle intervention is effective for reducing the risks for diabetes type 2.

---

Language: Swedish

Key words: Diabetes Mellitus type 2, Preventing,  
Primary Prevention, Counseling

---

# Innehåll

1	Introduktion	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Teoretiska utgångspunkter	2
3.1	Vårdandets ontologiska element	2
3.1.1	Ansa	3
3.1.2	Leka	3
3.1.3	Lära	3
3.2	Egenvård	4
3.2.1	Egenvårdsbehov	4
3.2.2	Egenvårdskapacitet och egenvårdsbrist	5
3.2.3	Hjälpmetoder	5
3.3	Transteoretiska modellen	6
4	Teoretisk bakgrund	7
4.1	Diabetes mellitus	7
4.1.1	Typ 1-diabetes	7
4.1.2	Typ 2-diabetes	8
4.1.3	Andra typer av diabetes	9
4.2	Risikfaktorer	9
4.2.1	Övervikt och fetma	9
4.2.2	Fysisk inaktivitet	10
4.2.3	Stress och tobak	10
4.2.4	Förstadier till diabetes typ 2	10
4.3	Prevention	11
4.3.1	Primärprevention av diabetes mellitus typ 2	11
4.3.2	Diabetesprevention i Finland	12
5	Undersökningens genomförande	13

5.1 Dokumentstudie	13
5.2 Innehållsanalys	15
5.3 Resumé	15
5.4 Etiska överväganden	16
5.5 Studiens praktiska genomförande	16
6 Resultatredovisning	17
6.1 Patienten	17
6.1.1 Motivation till fysisk aktivitet	18
6.1.2 Hinder för fysisk aktivitet	19
6.1.3 Attityder till kostförändring	20
6.1.4 Patientens roll i livsstilsförändringen	21
6.2 Hälsoprofessionella	22
6.2.1 Resurser	22
6.2.2 Brister	23
6.2.3 Samtal	24
6.3 Livsstilsinterventionen	25
6.3.1 Screening och identifiering av högriskindivider	25
6.3.2 Livsstilsinterventionens effekt	26
6.3.3 Bestående effekt av intervention	28
6.3.4 Interventionens effekt på fysisk aktivitet	29
6.3.5 Övervikt och fetma	29
7 Tolkning	31
7.1 Patienten	31
7.2 Hälsoprofessionella	36
7.3 Livsstilsinterventionen	38
8 Kritisk granskning	41
9 Diskussion	44
Litteratur	
Bilaga 1: Resumé artikel	

# 1 Introduktion

Man brukar prata om diabetes mellitus typ 2 som en livsstilsrelaterad sjukdom som har uppstått till följd av hur vi moderna människor lever. Detta är inte riktigt hela sanningen eftersom diabetes har funnits länge. Redan 1550 f.Kr. finns diabetes beskrivet på egyptisk papyrus som ett polyuriskt tillstånd, det vill säga ett tillstånd med stor urinmängd. Diabetes betyder rinna igenom och begreppet myntades runt 120-180 e.Kr. Mellitus, som är det latinska ordet för honungssöt, syftar på den söta urinen hos diabetiker (Lindholm, 2010, 17).

I Finland finns det ungefär 250 000 personer med diabetes mellitus typ 2 (Diabetesförbundet i Finland). Sjukdomen är delvis relaterad till livsstilen och faktum är att många människor nuförtiden lever ganska ohälsosamt och på ett sätt som bidrar till ett insjuknande i diabetes typ 2. Det finns inget botemedel för diabetes typ 2, utan sjukdomen är kronisk. Därför spelar preventionen en viktig roll och främst primärpreventionen för att färre människor ska insjukna eller för att senarelägga insjuknandet.

Att ändra på sina levnadsvanor kan vara svårt och patienten måste själv vara motiverad och verkligen vilja ändra på sitt leverne. Det är vårdpersonalens uppgift att ge råd och stöd till de patienter som har hög risk att insjukna i diabetes typ 2 för att patienten ska hitta den motivation som behövs. Med denna litteraturstudie vill respondenterna öka kunskaperna i hur man bäst förebygger ett insjuknande i diabetes typ 2 samt hur man borde utveckla den rådgivning som ges till patienterna.

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att granska ny forskning om prevention av diabetes mellitus typ 2 för att få svar på hur man bäst kan förebygga ett insjuknande samt hur rådgivningen till patienter som riskerar att insjukna bör utformas.

Frågeställningar:

1. Vad säger ny forskning om preventiva åtgärder för diabetes mellitus typ 2?
2. Hur kan man med hjälp av ny forskning utveckla rådgivningen till patienter i riskzonen?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

Det här examensarbetet förverkligas med Orems egenvårdsteori, Erikssons ontologiska värdelement samt Prochaska och Di Clementes transteoretiska modell som teoretiska utgångspunkter. Vårdandets kärna uttrycks i Erikssons ontologiska värdelement, vilket ligger som grund för patientrådgivningen. Patientens egen aktivitet, som beskrivs i Orems egenvårdsteori, är användbar inom det preventiva arbetet, eftersom den största drivkraften till förändring ligger hos individen. Den transteoretiska modellen av Prochaska och Di Clemente beskriver förändringsprocessens olika stadier som vårdaren kan använda sig av vid livsstilsrådgivning.

### 3.1 Vårdandets ontologiska element

Det centrala i vårdandet utgörs enligt Eriksson av begreppen ansa, leka och lära. Genom ansning, som är kroppslig och konkret, samt lekande och lärande, som båda är symboliska, åstadkommer man tillit, tillfredsställelse, fysiskt och andligt välbehag samt en känsla av förändring (även upprätthållning, ingångsättning eller stödande) av en hälsoprocess (Eriksson, 2000, 19-21). Eriksson menar att ansa, leka och lära innebär att våga vara sig själv och låta det naturliga inom människan komma fram (Eriksson, 1988, 125).

### 3.1.1 Ansa

Att ansa är det grundläggande i vårdandet som möjliggör en förändring av ett tillstånd, till exempel ger en möjlighet till tillfrisknande från en sjukdom. Ansning kännetecknas av beröring, närhet och värme. Ansningen är de konkreta handlingarna inom vården, det vill säga skötsel av kroppsliga funktioner samt att ge renlighet och fysiskt välbefinnande. Närhet, värme och beröring, som består av ögonkontakt, att finnas nära patienten eller direkt beröring, är kännetecknande för ansning. Ansningens syften behövs för människans växt och utveckling (Eriksson, 2000, 24-26).

### 3.1.2 Leka

Att leka är ett naturligt beteendemönster hos människan och ett uttryck för hälsa. Leken ger tillit och tillfredsställelse (Eriksson, 2000, 20). Man har definierat fem former av lekande. Leken som assimilation i en vårdsituation kan innebära att man anpassar information som man får till sina egna aktuella krav. Genom att vårdaren kan ge den tid och det utrymme som patienten behöver, möjliggörs en målinriktad informationsbehandling för patienten. Den lustbetonade leken uttrycker livslust och glädje samt ger utrymme för nöje och vila. Den skapande leken kan ske på ett abstrakt eller konkret plan men förutsätter att man har en viss grad av hälsa och genom denna lek kan hälsan formas. Den skapande leken uttrycker människans behov av fritt skapande. Leken som uttryck för önskningar ger människan en möjlighet att vara den som hon skulle vilja vara genom sina önskningar. Detta hjälper henne att se nya möjligheter och ger möjlighet till vila och ny energi. I leken som prövning och övning övar människan färdigheter och testar handlingsalternativ. Prövningen är verklig, men inte följd av den, vilket gör leken trygg. Med hjälp av övningslekar kan man förändra och finslipa aktiviteter (Eriksson, 2000, 27-28).

### 3.1.3 Lära

Inläring är en kontinuerlig utveckling och förändring. Syftet, innehållet och målet med lärandet kan vara olika, och inläring kan ske på olika nivåer med varierande intensitetsgrad. Genom lärandet öppnas nya möjligheter och vägar för människan mot högre integrationsnivåer. Man är inom modern pedagogik eniga om att lärandet



sker genom en aktiv process mellan den som lär ut och den som lär sig, till exempel lärare och elev. För den enskilda individen är målet för inläring självförverkligande. Många vårdteoretiker anser lärandet vara ett element inom vårdande. Eriksson anser att leka och att lära har ett samband, och att denna kombination är speciellt viktig inom vården. Lärandet skall präglas av glädje och vårdaren skall möjliggöra och underlätta lärandet (Eriksson, 2000, 30-32).

## 3.2 Egenvård

Egenvård är enligt Orem (2001, 521-522) utförandet av handlingar som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen räkning för att upprätthålla liv, hälsa och välmående. Egenvården har ett syfte, ett mönster och en ordningsföljd och när den utförs effektivt, så bidrar handlingarna till individens strukturella integritet, verksamhet och utveckling. Egenvården är en aktivitet som människan lär sig genom relationer och kommunikation med andra människor. Mogna individer har rätten och skyldigheten att ta hand om sig själva och upprätthålla liv och hälsa. En mogen individ kan även ansvara för att ge, assistera eller övervaka någon annans egenvård, då den personen på grund av ålder eller andra faktorer inte själv kan uppfylla sitt egenvårdsbehov. Denna vård kallar Orem för beroendevård (Orem, 2001, 43-45).

### 3.2.1 Egenvårdsbehov

Egenvårdsbehoven delas in i tre kategorier: universella, utvecklingsmässiga och hälsoproblemsrelaterade egenvårdsbehov. Egenvårdsbehoven uttrycker vilken egenvård som är nödvändig och meningsfull för att reglera en aspekt av individens liv, hälsa och välmående. De universella egenvårdsbehoven hör samman med människans grundläggande behov, så som intag av vatten, föda och syre, eliminering, balans mellan aktivitet och vila samt balans mellan avskildhet och sociala interaktioner. De utvecklingsmässiga är knutna till människans utveckling; formande och upprätthållande av de förhållanden som är viktiga för utvecklingen från foster till mogen individ, engagerande i sin egen utveckling och förebyggande av störningar som kan påverka utvecklingen negativt. Sjukdomar, defekter och avvikelser kräver förebyggande och reglerade insatser i form av hälsoproblemrelaterade egenvårdsbehov med syftet att främja fysiska och psykiska mekanismer samt den mänskliga

funktionen. Individen måste bli medveten om sina egenvårdsbehov för att kunna uppfylla egenvårdens syfte (Orem, 2001, 47-49).

Ur den preventiva hälsovårdens perspektiv är det fundamentalt att effektivt möta de universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven. Genom att möta dessa behov kan man primärt förebygga sjukdom och ohälsa. Att effektivt möta de universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven är viktigt för att upprätthålla den mänskliga strukturen och funktionen samt för att stöda utvecklingen och därigenom bidra till rehabilitering (Orem, 2001, 48).

### 3.2.2 Egenvårdskapacitet och egenvårdsbrist

Egenvårdskrav är de egenvårdshandlingar som krävs för att möta alla kända egenvårdsbehov hos en individ vid ett specifikt tillfälle. Egenvårdskapacitet är en förvärvad förmåga hos individer. Egenvårdskapaciteten innefattar kännedom om de egna egenvårdsbehoven och hur de ska mötas med övervägda och ändamålsenliga handlingar för att främja funktion och utveckling. Om kapaciteten till egenvård är mindre än egenvårdskraven, uppstår egenvårdsbrist. Egenvårdsbristen leder till att människan kommer i behov av vård (Orem, 2001, 53, 522). Beroendevårdskapacitet avser förmågan hos anhörigvårdaren att känna till och möta egenvårdsbehovet samt att utveckla egenvårdskapaciteten hos en individ som inte själv kan möta sina egenvårdsbehov (Orem, 2001, 515). Omvårdnadskapacitet innefattar de förmågor som en utbildad vårdare behärskar för att kunna känna till, hjälpa och handla för att möta en patients egenvårdskrav och för att utveckla patientens egenvårdskapacitet (Orem, 2001, 518).

### 3.2.3 Hjälpmetoder

En hjälpmetod är ur ett omvårdnadsperspektiv en serie handlingar som utförs för att kompensera de hälsoassocierade begränsningarna som en person har, vilka hindrar honom från att själv utföra egenvårdshandlingar för att främja funktion och utveckling. Vårdaren kan hjälpa en annan individ genom att använda en eller flera av Orem's (2001, 55-56) fem hjälpmetoder: att handla eller utföra för en annan person, handledning och vägledning, psykiskt eller fysiskt stödjande, skapande och upprätthållande av en miljö som stöder utvecklingen samt undervisning. Syftet med

hjälpmetoderna är att öka egenvårdsaktiviteten hos individen så att egenvårdskapaciteten ökar och kan tillgodose egenvårdskraven.

### 3.3 Transteoretiska modellen

Den transteoretiska modellen, även kallad förändringshjulet (stages of change) är en modell för beteendeförändring utvecklad av James Prochaska och Carlo Di Clemente. Modellen beskriver förändringsprocessens olika faser som är förövägelsefasen (precontemplation), övägelsefasen (contemplation), förberedelse- eller beslutsfasen (preparation), handlingsfasen (action) och upprätthållandefasen (maintenance). Faserna representerar en tidsperiod men även en serie av uppgifter som behövs för att kunna gå vidare till nästa fas (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Förövägelsefasen är den fas där man inte har någon avsikt för förändring. Den som befinner sig i denna fas är omedveten eller undermedveten om sitt problem eller underskattar problemet och är därmed inte beredd att göra någon förändring. Det är ofta under påverkan av andra personer som man söker hjälp för sitt problem (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

I övägelsefasen vet man själv om att det finns ett problem och man öväger att lösa det, men man har ännu inte gjort något åtagande för handling. I denna fas kämpar man med ambivalens och väger för och nackdelar mot varandra gällande en förändring. Fasen kan vara ganska länge på grund av ambivalens. Förberedelsefasen inträder när man har bestämt sig för att handla och börjar med små förändringar (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Handlingsfasen är den fas då man försöker bemästra sitt problem. Denna fas är både tids- och energikrävande. I upprätthållandefasen ligger fokus på att bibehålla effekten av förändringen som man har uppnått och förebygga ett återfall. Rörelse mellan olika faser är vanligt och återfall sker ibland, det vill säga att man går bakåt i de olika faserna (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

## 4 Teoretisk bakgrund

Respondenterna kommer i detta kapitel att klargöra diabetesklassifikationerna för att läsaren ska känna till de olika typerna, förstå vad som gäller specifikt för typ 2 diabetes och vad som skiljer sjukdomen från de andra sorterna av diabetes. I det här examensarbetet ligger fokus på patienten som på grund av olika riskfaktorer lider en högre risk att insjukna i diabetes typ 2. Av den anledningen förklaras i det här kapitlet vilka faktorerna är som ökar risken för att insjukna. Statistik över förekomsten av diabetes typ 2 i Finland presenteras för att läsaren ska få en bättre bild av situationen i vårt land. Begreppet prevention och vikten av primärprevention tydliggörs. Det nationella preventionsprogrammet för diabetes i Finland, DEHKO, var det första programmet i sitt slag i världen, vilket gör vårt land till föregångare för diabetesprevention.

### 4.1 Diabetes mellitus

Diabetes är en av de sjukdomar som ökar mest i världen, så även i Finland. Mer än 500 000 finländare är drabbade och 15 % av sjukvårdskostnaderna går till diabetesvården. Prognoser visar att de närmaste 10-15 åren kan antalet drabbade fördubblas. (Käypähoito, 2011). Enligt Folkpensionsanstaltens statistik (Kelasto, 2012) beviljades år 2011 ersättning för läkemedel vid diabetes till 253 102 personer. Enligt Diabetesförbundet i Finland är patienterna med diabetes typ 1 cirka 40 000 till antalet. 250 000 känner till att de har diabetes typ 2 och uppskattningsvis 200 000 är ovetande om att de har insjuknat (Suomen Diabetesliitto r.y.). Diabetes blir vanligare i Finland och nästan varannan finländare i arbetsför ålder och äldre har en störning i glukosmetabolismen (Jaatinen & Raudasoja, 2011, 107-108).

#### 4.1.1 Typ 1-diabetes

Typ 1-diabetes, som tidigare kallades barn- och ungdomsdiabetes eller insulinberoende diabetes, är en autoimmunsjukdom där de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln förstörs. Insulinproduktionen upphör då helt och kroppen är beroende av att insulin tillförs utifrån. Den gamla benämningen barn- och ungdomsdiabetes bör inte användas eftersom även äldre kan insjukna i insulinberoende

diabetes medan barn och unga kan insjukna i icke-insulinberoende diabetes. Till diabetes typ 1 hör även LADA (Latent Autoimmune Diabetes of the Adult) som är en autoimmun och insulinberoende form av diabetes hos äldre. Sjukdomen kan förväxlas med typ 2-diabetes vilket leder till fel behandling. (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2007, 23-26).

#### 4.1.2 Typ 2-diabetes

Diabetes typ 2 drabbar främst vuxna och äldre och har därför ofta kallats vuxen-diabetes eller åldersdiabetes. Sjukdomen har även benämnts som icke-insulinberoende diabetes. Nuförtiden vet man att också barn och unga kan insjukna i typ 2 diabetes och den gamla benämningen åldersdiabetes bör därför inte användas. Icke-insulinberoende diabetes är tillika en felaktig benämning, eftersom de som har insjuknat i typ 2-diabetes med tiden kan bli beroende av att insulin tillförs kroppen utifrån (Alvarsson m.fl., 2007, 24-25).

Utsöndringen av insulin från bukspottskörteln är störd vid diabetes typ 2, men produktionen har inte upphört. Muskel- och fettcellernas förmåga att utnyttja insulinet är också nedsatt (Jaatinen & Raudasoja, 2011, 108). Sjukdomssymtomen uppstår på grund av den nedsatta insulinproduktionen eller för att vävnaderna har utvecklat insulinresistens, det vill säga vävnaderna har nedsatt insulinkänslighet. Riskfaktorerna för sjukdomen bidrar till insulinresistensen och det är därför viktigt att förebygga dessa faktorer (Alvarsson m.fl., 2007, 24-25).

Symtom kan vara trötthet, törst och ett ökat behov av att urinera (Jaatinen & Raudasoja, 2011, 108). Klåda i underlivet och urinvägsinfektioner kan också inleda sjukdomen (Alvarsson m.fl., 2007, 55). Glukoshalten ökar i blodet på grund av insulinbristen och blodprov och urinprov kan påvisa sjukdomen. De ökade urinmängderna beror på att njurarna behöver kompensera med större urinmängder för att avlägsna sockret ur blodet. Störningar i fettomsättningen uppstår till följd av insulinbristen och ketoner, sura ämnesomsättningsprodukter, bildas. Komplikationer som kan uppstå till följd av en instabil glukosbalans i blodet under en lång tid är blodkärls-, ögon-, njur- och nervproblem (Jaatinen & Raudasoja, 2011, 108). Eftersom symtomen ofta är lindriga eller obefintliga, kan sjukdomen pågå i flera år

utan att den upptäcks. Det är vanligt att sjukdomen konstateras först i samband med en komplikation så som hjärt- eller hjärninfarkt (Alvarsson m.fl., 2007, 55-56).

### 4.1.3 Andra typer av diabetes

Förutom typ 1- och typ 2-diabetes finns graviditetsdiabetes, sekundärdiabetes, MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) och MIDD (Maternally inherited Diabetes and Deafness). Graviditetsdiabetes kan vara ett förstadium till andra typer av diabetes, vanligen typ 2-diabetes. Sekundär diabetes uppstår till följd av sjukdomar i bukspottskörteln (Alvarsson m.fl., 2007, 25-26).

## 4.2 Riskfaktorer

Det genetiska arvet, livsstils- och miljöfaktorer har betydelse för utvecklandet av typ 2-diabetes. Fetma, fysisk inaktivitet, stress och tobaksbruk är exempel på omgivnings- och livsstilsfaktorer som har betydelse för utvecklandet av sjukdomen (Östenson, 2010, 95). Dessutom verkar fet och fiberfattig kost öka risken för diabetes typ 2, oberoende av kroppsvikten (Alvarsson m.fl., 2007, 82). Ärftligheten är tydlig eftersom sjukdomen ofta förekommer hos flera familjemedlemmar. Risken att barn till föräldrar med typ 2-diabetes själva insjuknar är cirka 40 %. Risken ter sig vara högre om det är mamman som har sjukdomen (Groop, Lyssenko & Renström, 2010, 102-103).

### 4.2.1 Övervikt och fetma

Risken för diabetes typ 2 ökar med tilltagande övervikt. Övervikt är den starkaste faktorn som påverkar insjuknandet (Groop m.fl., 2010, 102). Övervikt och fetma bidrar tillsammans med genetiskt anlag till nedsatt insulinfrisättning och perifer insulinresistens (Östenson, 2010, 95). BMI (Body Mass Index) är ett uttryck för kroppsmassan och anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen kroppsvikt i kilogram dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat. Ett BMI lika med eller över 27 ökar risken för européer att insjukna i diabetes typ 2. Risken för asiater ökar redan vid ett BMI på 23 (Groop m.fl., 2010, 102-103).

Diabetesrisken är också högre om man har bukfetma än om fettets är samlat runt höfterna. För kvinnor räknas ett midjemått över 80 cm som bukfetma och för män är måttet 94 cm (Groop m.fl., 2010, 102-103; Alvarsson m.fl., 2007, 30). Bukfetma med ett midjemått (mätt några cm ovanför naveln) på 88 cm för kvinnor och över 102 cm för män innebär en starkt förhöjd risk att insjukna i diabetes typ 2 (Alvarsson m.fl., 2007, 30). Bukfetma tillsammans med störningar i blodfetter, högt blodtryck och glukosintolerans utgör grunden för det metabola syndromet (Groop m.fl., 2010, 103). Det metabola syndromet innebär att man har flera riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar samt typ 2-diabetes (Alvarsson m.fl., 2007, 30).

#### 4.2.2 Fysisk inaktivitet

För 50 år sedan förbrukade man uppskattningsvis 500 kcal mera per dygn än vad vi gör nuförtiden (Groop m.fl., 2010, 102). Studier tyder på, enligt Östenson (2010, 95), att glukostoleransen försämras av fysisk inaktivitet på grund av att skelettmuskulaturens förmåga att uppta glukos minskar. Fysisk aktivitet ökar däremot insulinkänsligheten och omedelbart upptaget av glukos i musklerna. Minskad energiförbrukning och ökad vikt är också resultat av minskad fysisk aktivitet (Groop m.fl., 2010, 103).

#### 4.2.3 Stress och tobak

Långvarig stress och användning av tobaksprodukter minskar insulinkänsligheten. Stresshormonerna adrenalin och kortisol fungerar hämmande på betacellerna i bukspottskörteln, de celler som producerar insulin. Nikotin har samma hämmande effekt på betacellerna som stresshormonerna. Kronisk stress ökar långvarigt kortisolnivån i blodet och har därför en skadlig verkan. Kortvarig akut stress har troligen inte samma skadliga verkan. Mobbning och stress i arbetet, som har att göra med små påverkningsmöjligheter, bidrar till kronisk stress och kan därigenom vara en bidragande orsak till typ 2-diabetes (Alvarsson m.fl., 2007, 36-37).

#### 4.2.4 Förstadier till diabetes typ 2

Förstadier till typ 2-diabetes är IFG (Impaired Fasting Glucose), förhöjt fasteglukosvärde, och IGT (Impaired Glucose Tolerance), nedsatt glukostolerans.

Förhöjt fasteglukos innebär att blodsockervärdet efter nattens fasta är mellan 6,1 och 6,9 mmol/liter. Normalvärdet för fasteglukos är  $\leq 6,0$  mmol/l och ett fasteglukosvärde lika med eller över 7,0 mmol/l innebär diabetes. Nedsatt glukostolerans innebär ett högt blodsockervärde två timmar efter ett oralt glukostoleranstest men fasteglukosvärdet är normalt. Värdet ligger då över det normala ( $>7,8$  mmol/l) men under gränsen för diabetes ( $<11,1$  mmol/l, kappillärtprov  $<12,2$  mmol/l). Risken är här hög att förstadiet utvecklas till diabetes typ 2, 25-50 procent risk på 10 år. Förstadierna ger sällan symtom och är därför svåra att upptäcka innan de utvecklas till diabetes (Alvarsson m.fl., 2007, 38, 57-58).

### 4.3 Prevention

Prevention betyder förebyggande av sjukdom. Målet med prevention är att minska eller avlägsna orsaker till sjukdom för att kunna förebygga att sjukdomen uppstår. De olika formerna av prevention är primär-, sekundär- och tertiärprevention. I detta examensarbete kommer respondenterna att fokusera på primärprevention av diabetes mellitus typ 2. Inom primärprevention vill man eliminera sjukdomsorsaker innan ett insjuknande sker (Orth-Gomer, 2008, 14).

Kroniska sjukdomar varar resten av livet, när man väl har insjuknat, även om de med medicinsk behandling oftast kan begränsas och hållas på en sådan nivå att patienten kan ha en tämligen god livskvalitet. Patientens tillvaro påverkas dock av sjukdomen och sjukdomen kan begränsa livet. Därför är det viktigt att satsa på primärprevention då den kan bespara lidande och nedsatt livskvalitet som orsakas av en kronisk sjukdom (Orth-Gomer, 2008, 14-15).

#### 4.3.1 Primärprevention av diabetes mellitus typ 2

Diabetes mellitus typ 2 kan förebyggas genom att man förbättrar sina levnadsvanor. Levnadsvanor består av faktorer som påverkar människans hälsa, till exempel mat- och motionsvanor. Man kan själv påverka sina levnadsvanor, både på ett negativt och på ett positivt sätt (Andersson & Ejlerstson, 2009, 46). När man jobbar inom hälso- och sjukvård kan man också verka för goda levnadsvanor hos patienterna och försöka få dem att förbättra sina levnadsvanor (Orth-Gomér, 2008, 239). En



intervention är en planerad aktivitet vars syfte är att förbättra hälsa. Denna aktivitet kan vara en behandlingsform, vård eller någon annan hälsofrämjande aktivitet (Ewles & Simnett, 2005, 38).

Sunda levnadsvanor utgör en bra grund för prevention av sjukdomar, och studier har visat att man genom att motionera och lägga om sin kost kan förebygga diabetes (Groop m.fl., 2010, 103). Många olika studier har bevisat att regelbunden motion är viktigt för att förebygga ett insjuknande i diabetes typ 2 (Groop m.fl., 2010, 131). Man räknar med att mellan 60-80 % av diabetes typ 2 inte skulle uppkomma ifall befolkningen höll en normal vikt. I Finland är rekommendationerna för motion minst 30 minuter måttlig eller tung motion med en energiförbrukning på ungefär 150 kcal dagligen (Statens näringsdelegation, 2005).

Gällande kosten så äter finländare nuförtiden mera socker i form av sötsaker och sötade drycker. Alkoholförbrukningen ökar och vi äter mer hårda fetter än vad som rekommenderas. Med de nationella näringsrekommendationerna vill man minska intaget av raffinerat socker, hårt fett, salt och alkohol, medan man samtidigt vill öka intaget av fiberrika kolhydrater hos finländarna. Man håller fortfarande fast vid tallriksmodellen (hälften grönsaker, en fjärdedel potatis, ris eller pasta och en fjärdedel kött, fisk, ägg eller baljväxter samt en måltidsdryck och ett bröd med ett tunt lager margarin till) som modell för en bra sammansatt kost (Statens näringsdelegation, 2005).

#### 4.3.2 Diabetesprevention i Finland

DEHKO är ett nationellt diabetesprogram för prevention och bättre vård av diabetes. DEHKO var det första programmet i världen för just detta ändamål och det genomfördes under åren 2000-2010. Programmet bestod av 25 konkreta förslag för att bland annat förebygga diabetes typ 2. Preventionen av diabetes typ 2 räknades även som ett av Finlands mål inom programmet Hälsa för alla. Man gjorde en plan för programmet och startade en informationskampanj om preventionen. Inom primärvården skulle man satsa på att identifiera personer i riskzonen för att insjukna i diabetes typ 2 och genomföra preventiva åtgärder för att minska fetma, som är en bidragande orsak till diabetes (Diabetesförbundet i Finland r.f).

Preventionsprogrammet består av tre strategier. Befolkningsstrategin skall ändra motions- och kostvanor hos befolkningen för att främja deras hälsa och minska riskfaktorerna i alla ålderskategorier. Högriskstrategin fokuserar på insatser på individnivå genom screening, vägledning och uppföljning av de som riskerar att insjukna i diabetes typ 2. Den tredje strategin, strategin för tidig diagnos och behandling, är riktad till dem som nyligen har insjuknat i diabetes typ 2. (Diabetesförbundet i Finland r.f.).

FINDRISC står för the Finnish Diabetes Risk Score. Riskbedömningstestet utvecklades för att man ville ha ett enkelt och praktiskt hjälpmedel inom screening som kunde underlätta identifieringen av personer med ökad risk för att insjukna i diabetes typ 2. FINDRISC är ett enkelt, säkert och billigt screeningtest. Testet består av 8 frågor om ålder, BMI, midjemått, tidigare användning av blodtrycksmediciner, högt blodsocker, fysisk aktivitet, daglig konsumtion av frukt, bär och grönsaker. Varje fråga har olika svarsalternativ med olika poäng. Poängen räknas ihop och ju högre poäng man får, desto större risk är det att man har hög risk att insjukna eller så har man redan diabetes typ 2 (Lindström & Tuomilehto, 2003).

## **5 Undersökningens genomförande**

Examensarbetet utfördes inom projektet "Välfärdssjukdomar i Finland - kan vi förebygga, lindra och bota?" med fokus på diabetes och prevention. Detta projekt genomförs i samarbete med Korsholms hälsovårdscentral och Yrkeshögskolan Novia. Examensarbetet utfördes som en teoretisk studie med kvalitativ ansats. Som datainsamlingsmetod har respondenterna använt dokumentstudier. Materialet består av forskningsartiklar som analyseras med induktiv innehållsanalys. Datamaterialet sammanfattas i en resumé för att bli mera överskådligt.

### **5.1 Dokumentstudie**

Traditionellt menar man med ordet dokument nedskrivna information som handlar om ett specifikt ämne. En tryckt, dataskrivna eller handskrivna text kan utgöra

skriften i dokumentet. Storlek och spridning på dokumentet har ingen betydelse. Dokumentens karaktär avgör var man letar efter dem, om det rör sig om statistiska rapporter, register, privata handlingar eller litteratur. Vilka dokument som utnyttjas beror på forskarens problemställning (Olsson & Sörensen, 2011, 143-144). Dokument kan förutom skriftliga källor även vara visuella eller auditiva källor. Den här sortens källor kan vara värdefulla för forskning, men källor i skriftlig form har ofta större tillgänglighet. Internet och bibliotek ger tillgång till stora mängder av material som forskaren kan använda sig av (Denscombe, 2009, 295, 299). Enligt Denscombe (2009, 301-302) kan man inte ta ett dokumentets validitet för givet, utan autenticiteten, trovärdigheten, representativiteten och innebörden bör alltid ifrågasättas. Forskaren bör alltid fråga sig om dokumentet är autentiskt och inte förfalskat eller omskrivet. Akademiska tidskrifters texter granskas vanligen av experter innan de går i tryck. Det är dock aldrig en absolut garanti för att alla tidskrifter är av god kvalitet (Denscombe, 2009, 301-302).

I en litteraturstudie använder man sig av litteratur som informationskälla. Insamlingen av data sker från vetenskapliga artiklar eller andra vetenskapliga rapporter. Studien utförs med samma noggrannhet och pålitlighet som de primära källorna som ingår i uppsatsen (Olsson & Sörensen, 2011, 145). Systematisk sökning, kritisk granskning och sammanställning av litteratur inom ett valt område kännetecknar litteraturstudien. Studien syftar till att skapa en sammanställning av insamlad data från tidigare utförda empiriska studier. Fokus bör ligga på aktuella undersökningar inom problemområdet och den systematiska litteraturstudien bör syfta till att finna evidens för kliniskt arbete (Forsberg & Wengström, 2008, 34). Antalet vetenskapliga tidskriftsartiklar som inkluderas i studien beror på hur mycket material författaren hittar och vilka krav som ställs på artiklar som inkluderas. Praktiska och ekonomiska skäl begränsar ofta forskningen och gör det ogenomförbart att hitta och inkludera all relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2008, 34).

## 5.2 Innehållsanalys

Med hjälp av innehållsanalys kan man analysera innehållet i ett eller flera dokument som man har valt att studera (Denscombe, 2009, 307). Metoden går ut på att dela upp texter i mindre delar som kodas enligt innehållet och att skapa kategorier som passar de olika koderna. Nästa steg är att identifiera samband och återkommande teman i koderna och kategorierna. Det sista steget i innehållsanalysen är att man belyser de identifierade begrepp och teman som framkommer ur datainsamlingen (Denscombe, 2009, 373-374). Genom detta systematiska sätt att klassificera insamlat data är det enkelt att identifiera mönster och teman i texterna (Forsberg & Wengström, 2008, 150-151).

I detta examensarbete använder sig respondenterna av innehållsanalys med kvalitativ ansats. Den kvalitativa ansatsen kännetecknas av induktivt tänkande och fokuserar på tolkning och meningsskapande istället för kvantifiering, numeriska värden eller statistik (Forsberg & Wengström, 2008, 62).

## 5.3 Resumé

Översiktsartiklar analyserades av Kirkevold (1997, 980-981) som kom fram till att det finns fyra olika sätt att göra en översikt och att varje stil har sina styrkor och svagheter. Det ena sättet, och den som respondenterna kommer att använda, är resumén. I resumén presenteras korta sammanfattningar av alla relevanta studier som rör ett ämne. Problemprecisering, syfte, använda metoder samt de övergripande resultaten tas med i resumén. Alla studier behandlas lika och ges lika mycket uppmärksamhet. Artiklarna kategoriseras ofta enligt utmärkande fokus. Resumén ger en effektiv överblick och gör det enkelt för alla intresserade att ta del av materialet.

I redogörelsen av insamlingslitteraturen ska artikelns titel, författare, årtal för publicering av artikeln, undersökningens syfte, urval, metod och resultat framkomma. Om redogörelsen sätts in i kolumner behöver man göra en meningskoncentrering. Meningskoncentrering innebär att meningbärande beståndsdelar identifieras samt att meningarna koncentreras och förkortas till så få ord som möjligt utan att innebörden förloras (Olsson & Sörensen, 2011, 145, 160).

## 5.4 Etiska överväganden

Även om man i en litteraturstudie studerar tidigare dokumenterad kunskap och ställer frågor till litteraturen istället för till personer, måste man beakta etiska aspekter. Dokument som används i studien bör vara godkända av en etisk kommitté eller så skall forskaren ha gjort noggranna etiska överväganden som framkommer i artikeln. Alla artiklar som används i examensarbetet ska redovisas och alla resultat ska presenteras, både de som stöder och inte stöder forskarens antaganden. Att enbart redogöra för de studier som stöder forskarens egen åsikt är oetiskt (Forsberg & Wengström, 2008, 77-78). Fabricering, att presentera påhittat material, är inte tillåtet. Att utan lov lägga fram någon annans ursprungliga forskningsidé, forskningsplan eller forskningsrön under sitt eget namn räknas som stöld (Forskningsetiska delegationen, 2002, 12-13). När man gör en litteraturstudie bör man akta sig för att plagiera, det vill säga kopiera någon annans material och påstå att det är ens eget (Forsberg & Wengström, 2008, 77; Forskningsetiska delegationen, 2002, 12-13). Citat och referenser ska anges korrekt och upphovsmannen ska uppges (Olsson & Sörensen, 2011, 89).

Respondenterna kommer att skicka in detta examensarbete för plagiatkontroll till Urkund för att bevisa att det inte förekommer plagiat i examensarbetet. Respondenterna är noggranna med källhänvisningar och respekterar upphovsrätten.

## 5.5 Studiens praktiska genomförande

Artiklar söktes i databaserna Academic Search Elite (Ebsco), Cinahl (Ebsco), SweMed, PubMed, Medic och Springer Link. Artiklar har även sökts i tidningen *Diabetes Care* på internet. Sökord som har använts är diabetes type 2, diabetes mellitus, high risk of diabetes, prediabetic, prevention, primary prevention, counseling, motivation, lifestyle change och intervention. Sökorden har kombinerats för att styra sökningen i önskad riktning. Respondenterna har begränsat sökningen till vetenskapligt granskade artiklar som är högst 10 år gamla. Den äldsta artikeln som har tagits med i studien är från december 2003. De flesta artiklar är nyare än fem

år (2007-2012). Ibland har sökningen även begränsats till fulltextartiklar. Artikelsökningen har begränsats till nordiska artiklar.

Totalt har respondenterna läst 37 artiklar och valt de 26 mest relevanta för studien. Ett krav som ställdes på artiklarna var att forskningen skulle beröra ämnet prevention av diabetes bland vuxna individer som är i riskzonen för ett insjuknande i typ 2-diabetes. Artiklarna som inkluderats är främst vårdvetenskapliga. Artiklar har uteslutits bland annat på grund av fokus på genetik och medicin. Forskningsartiklarna har sammanställts i en resuméartikel (bilaga 1) för att läsaren ska kunna se grunden för vårt resultat. Resultatet har sedan tolkats enligt den teoretiska referensramen samt den teoretiska bakgrunden. Till sist har examensarbetets tillförlitlighet granskats kritiskt.

## **6 Resultatredovisning**

I det här kapitlet presenteras det resultat som analysen av forskningsartiklarna (se artikelresumé, bilaga 1) har resulterat i. Med utgångspunkt i frågeställningarna har respondenterna gjort en innehållsanalys av artiklarna. I genomläsningen av artiklarna kunde respondenterna konstatera tre huvudteman eller kategorier: patienten, hälso-professionella och interventionen. Vid närmare analys av artiklarna identifierades koder under respektive kategori. Samband hittades mellan koderna som grupperades i underkategorier med en passande rubrik. Rubrikerna i detta kapitel utgörs av huvudkategorierna och underkategorierna bildar underrubriker under respektive kategori.

### **6.1 Patienten**

Individen är till stor del själv ansvarig för sin hälsa (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008). Majoriteten av läkarna och sjuksköterskorna som deltog i en studie av Jallinoja med flera (2007) höll med om att patienterna själva måste ta ansvar för livsstilsrelaterade beslut.

### 6.1.1 Motivation till fysisk aktivitet

Motionen måste vara lustfylld, rolig och njutningsfull. Motionen ska ge en känsla av välbefinnande och resultera i bättre psykisk hälsa. Att motionera utomhus och i naturen samt sociala relationer förknippade med motionen tillför njutning till den fysiska aktiviteten. Att ha motion som en regelbunden vana och livsstil är en motivationsfaktor (Korkikangas m.fl., 2010a; Korkikangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2010).

Att lyckas med att öka på mängden motion och att upptäcka hälsovinster verkar motiverande. Hälsovinster som kan uppnås genom fysisk aktivitet är bättre kondition, känsla av välbefinnande, förbättrad sömnkvalitet samt en vilja att upprätthålla hälsan (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010a). Korkiakangas och Taanila med flera (2010) höll med om att bevarandet av hälsa, kondition och viktkontroll verkade motiverande för fysisk aktivitet. Upprätthållande av rörlighet och funktionella färdigheter för kommande år motiverade deltagarna i studien till motion eftersom de ville kunna förbli självständiga och klara sig hemma så länge som möjligt trots åldrandet. Att bevara den fysiska konditionen och att observera en försämring av konditionen verkade därför sporrande. Sjukdomsprevention och lindring av sjukdomssymtom via motion var en motiverande faktor.

Uppmuntran och socialt stöd från andra ansågs enligt Korkiakangas och Alahuhta med flera (2010a) vara viktigt, till exempel genom att beslut om motion tas tillsammans med partnern, att motionera tillsammans eller att motionsvanorna accepterades av partnern. Vid träning tillsammans med en familjemedlem eller vän är det viktigt att personen är på samma fysiska nivå (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010a). Att motionera tillsammans sågs som en motivationshöjare till att komma igång med träningen (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010a; Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010). Önskan att bli en av dem som har en aktiv livsstil, goda minnen av motion från tidigare, beundran av aktiva vänner eller en strävan efter att framstå som en förebild för ens barn är också motivationsfaktorer (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010a). Att få stöd och uppmuntran när man berättar om den egna fysiska aktiviteten, att delta i en preventionsstudie samt att få hälsorådgivning om positiva

effekter av fysisk aktivitet, sågs som motiverande av deltagarna i en studie av Korkeakangas och Taanila med flera (2010).

Teknisk utrustning så som stegräknare och motionsdagbok motiverar ytterligare till fysisk aktivitet (Korkeakangas & Alahuhta m.fl., 2010a). Upplevelsen av att använda stegräknare vid fysisk aktivitet studerades också i en annan studie av Korkeakangas med flera (2010b). Under undersökningsperiodens gång ökade deltagarnas fysiska aktivitet, 46 % av deltagarna använde stegräknare minst en gång per vecka och de motionerade mera under studiens gång. Också 36 % av deltagarna upplevde att de tack vare stegräknare hade ökat sin fysiska aktivitet. Genom att mäta promenaderna kände deltagarna av att deras kondition förbättrades, vilket i sin tur motiverade dem att röra på sig mera.

### 6.1.2 Hinder för fysisk aktivitet

Patientens ovilja till förändring ses alltid eller nästan alltid som det huvudsakliga hindret för behandling. Patientens otillräckliga kunskap om tillståndets risker anses mycket mera sällan vara ett hinder. Enligt hälsovårdspersonalen i en studie av Jallinoja och Absetz med flera (2007) måste patienten ansvara för sin egenvård vid diabetes.

Vädret, säsongen, hälsoproblem, arbetsrelaterade faktorer samt andra hobbyer och plikter är faktorer som verkar som hinder för motion som en vana (Korkeakangas & Alahuhta m.fl., 2010a; Korkeakangas & Taanila m.fl., 2010). Kyla och mörker under de långa vintermånaderna eller en regnig sommar är exempel på väder och säsong som kan fungera som hinder för motion utomhus. Hälsoproblem innefattar kroniska sjukdomar och smärtor i knän eller rygg. Arbetsrelaterade faktorer är stress, trötthet eller tidsbrist. Brist på intresse innebär att motionen inte känns meningsfull alls, vilket utgör ett tydligt hinder för den fysiska aktiviteten (Korkeakangas & Alahuhta m.fl., 2010).

Personer med metabolt syndrom motionerade mindre än de som inte hade metabolt syndrom i en studie gjord av Salminen med flera (2012). En studie, som jämförde skillnader i upplevd hälsorelaterad livskvalitet (HRQOL, health-related quality of life) hos personer med hög risk för diabetes typ 2 och den övriga finska



befolkningen, visade att 38 % av riskgruppen motionerade 2 eller flera gånger per vecka, 26 % en gång per vecka och 36 % mindre än en gång per vecka. De som motionerade minst upplevde att de hade låg hälsorelaterad livskvalitet. Ju mer fysiskt aktiv man är, desto högre upplever man sin hälsorelaterade livskvalitet (Häkkinen m.fl., 2009).

Negativa upplevelser som utgjorde hinder för användning av stegräknare var teknikproblem. En del av studiens deltagare ansåg att den är olämplig för andra motionsformer än promenader. En annan negativ upplevelse för somliga av studiens deltagare var att målet 10 000 steg per dag var för högt. Överlag upplevdes användandet som positivt. Stegräknare är ett effektivt hjälpmedel för att konkret se hur mycket man motionerar, sätta upp personliga mål för promenader och utvärdera huruvida man har uppnått sitt dagliga mål för fysisk aktivitet (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010b).

### 6.1.3 Attityder till kostförändring

I en studie av Brekke, Sunesson, Axelsen och Lenner (2004) undersökte man deltagarnas attityder till olika kostråd som gavs samt hur väl råden följdes. I allmänhet motsvarade attityden till råden hur väl de följdes. Att använda rypsolja vid matlagningen accepterades väl, eftersom det är allmänt använt och ett billigt alternativ. T.o.m. 90 % accepterade olja eller flytande margarin till matlagning som ett alternativ till hårda fetter. I studien såg man en betydande ökning i intaget av fullkornsbröd, spannmål med lågt GI samt bönor, men den totala konsumtionen var fortsättningsvis låg. En del råd bedömdes som svåra att följa, men de följdes ändå. Att använda ost med låg fetthalt, öka intaget av fet fisk, undvika bröd och utesluta kakor är exempel på råd som ansågs vara svåra att följa men som infördes i kosten ändå. Många deltagare hade problem med att byta till ost med lägre fetthalt. Anledningen till detta var skillnader i smak och till en viss del också ekonomiska orsaker. En del deltagare i studien minskade istället på det totala intaget av ost.

I en studie av Mai, Sandbæk, Borch-Johnsen och Lauritzen (2007) fick deltagarna inte någon hälsorådgivning som skulle påverka deras livsstil. I högriskgruppen uppgav 16% i uppföljningsstudien ett år efter screeningen att de hade börjat äta mera

grönsaker och 15 % åt mera frukt än innan de deltog i screeningen. Fettintaget minskades hos 20 % men var hos 79 % oförändrat. En tredjedel av deltagarna i studien av Brekke med flera (2004) uppgav att familjens åsikt hade stor inverkan. Därför borde man inkludera hela familjen i kostrådgivningen. Alla kostråd borde presenteras för klienten, men de råd som har visat sig vara lätta att ta till sig borde betonas, eftersom det ger klienten en känsla av att lyckas.

Ett hinder för kostförändringen är glömska och att man går tillbaka till sina gamla vanor. Att få tag på mat som passar in i den hälsosamma kosten kan vara svårt i en del lunchrestauranger. Brist på idéer vid matlagning är också en faktor som kan fungera som ett hinder (Brekke m.fl., 2004).

#### 6.1.4 Patientens roll i livsstilsförändringen

I en studie gjord av Hansen, Landstad, Hellzén och Svebak (2010) hittades fyra huvudfaktorer som motiverar till livsstilsförändring: struktur/rytm, sjukdom, aktivitet och sociala relationer. Gällande struktur/rytm ansågs följande teman vara viktigast för de flesta deltagarna: vardagslivets rytm och rutiner, engagemang, regelbundenhet, modifiering av vanor, hälsosam mat samt vila och nattsömn. För sjukdom fann man dessa teman: oro över IGT, oro över diabetes, ärftlighet, välbefinnande, symtom på sjukdom, medicinintag, tidspress samt ansvar på arbetsplatsen. De teman som man reflekterade minst över var tidspress, oro över diabetes samt ärftlighet. För huvudfaktorn aktivitet hittades följande teman: användning av motionscenter, upplevelse av framsteg, utomhuspromenader, att rasta hunden, skidåkning eller cykling, hushållsarbete, att hjälpa barnen, inomhusaktiviteter, helger eller semester och resor. Alla deltagare i studien tyckte att det är viktigt med aktiviteter för att tillämpa en sundare livsstil. Den fjärde huvudfaktorn, sociala relationer, bidrog med teman som betydelsen av familj, vänner och arbete eller arbetskamrater.

Enligt Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) finns det tre olika upplevelser, repertoarer, av livsstilsförändring. Enligt kamp-repertoaren, som användes både av de som hade gått upp i vikt och de som hade minskat i vikt under studiens gång, har individen en kluven inställning till sin roll i livsstilsförändringen och upprätthållandet av förändring. Deltagarna beskrev upplevelsen av livsstilsförändringen som en ständig

kamp mellan inre och yttre krafter som verkade mot strävandet efter en livsstilsförändring eller som en balansgång mellan hälsosamma och ohälsosamma val. Hopplöshetsrepertoaren, som användes främst av de som hade gått upp i vikt, beskrev förändringen som svår eller till och med hopplös. Individen sågs som ansvarig för sitt hälsorelaterade beteende i teorin, men i praktiken som inkompetent att förvalta detta ansvar. Endast få presenterade sin upplevelse som endast hopplös. Enligt självstyrelserepertoaren, som användes mest frekvent av de som hade lyckats med viktnedgången, var individen ansvarig för sin livsstil. Behovet av yttre kontroll och upprätthållande av interventionen togs upp av flera deltagare.

Begränsningar i konversationsfärdigheter hos både patient och professionella påvisades i en studie av Poskiparta, Kasila och Kiuru (2006). Patienterna var redan medvetna om fakta om kost och motion men inte medvetna om konsekvenserna. De kände redan till de olika typerna av fett och fettmängden i kosten men var ovilliga att förändra sina vanor, vilket de ärligt tillkännagav. Patienterna undvikte diskussioner om kost och bytte ämne till teman som var mera behagliga för dem själva (Poskiparta, Kasila & Kiuru, 2006) .

Personer med hög risk för diabetes typ 2 hade allmänt sämre hälsa utgående från HRQOL och mera smärtor än resten av den studerade finska befolkningen. Dock upplevde personer med hög risk för sjukdomen att de hade bättre mental hälsa (Häkkinen m.fl., 2009).

## 6.2 Hälsoprofessionella

Läkarnas och sjuksköterskornas uppgift är att informera, motivera och stöda patienten i livsstilsförändringen. Kost- och motionsrådgivning gavs på två utav tre rådgivningstillfällen av sköterskor och vid hälften av tillfällena av läkaren enligt en undersökning av Poskiparta, Kasila och Kiuru (2006). Strukturerade hälsosamtal är effektiva för diabetesprevention (Färnkvist, Olofsson & Weinehall, 2008).

### 6.2.1 Resurser

Majoriteten av läkarna och sjuksköterskorna som deltog i en studie av Jallinoja och Absetz med flera (2007) ansåg att de har kunnat hjälpa många patienter med att

förändra livet till det hälsosammare. Sjuksköterskor med mindre professionell erfarenhet rapporterade oftare att de hade tillräckligt med skicklighet för livsstilsrådgivning. Enligt en studie av Rasmussen, Glümer, Sandbæk, Lauritzen och Borch-Johnsen (2008) kunde allmänläkare som är tränade i intensiv behandling av diabetes typ 2 identifiera flera patienter som hade försämrade glukostolerans eller ett förhöjt fasteglukosvärde.

Sjuksköterna var duktigare på att ta initiativ till en diskussion om kost och motion än läkarna enligt en forskning av Poskiparta, Kasila och Kiuru (2006). En jämförelse mellan patientens kolesterolnivåer och rekommenderade kolesterolnivåer fungerade ofta som en öppning från de professionellas sida till diskussion om kostens fettinnehåll.

### 6.2.2 Brister

Endast lite över hälften av deltagarna i en studie av Jallinoja och Absetz med flera (2007) uppskattade att de har tillräckligt med skicklighet för att informera, motivera och stöda patienten i livsstilsförändringen. Två tredjedelar av läkarna och hälften av sjuksköterskorna rapporterade att deras schema är för hektiskt för att sätta sig in i patienters livssituation.

En studie av Poskiparta, Kasila och Kiuru (2006) visade att läkarna och sköterskorna ofta lade för lite tid på kost- och motionsrådgivning. Kostrådgivningen fokuserade främst på kostens fett och motionsrådgivningen mest på motionens mängd. Betydelsen av kost för förebyggande och vård av diabetes hänvisade personalen till endast kortfattat. Trots att patienten tog upp faktorer under rådgivningstillfället som verkade för eller emot en förändring, så fortsatte inte de professionella med diskussionerna. Diskussionen handlade ofta om korta beskrivningar som hade att göra med kvaliteten, typen och frekvensen av användningen av fett i kosten. Även motionsrådgivningen bestod ofta endast av korta beskrivningar och påståenden. De professionella gav inte patienterna råd om hur de skulle förverkliga sin kunskap i detalj. Begränsningar i konversationsfärdigheter hos både patient och professionella kunde påvisas.

En studie av Rasmussen med flera (2008) visade att träningen av en allmänläkare i intensiv behandling av diabetes inte gav allmän effekt på nära relaterade tillstånd, inte heller på prevention. Läkarna som hade fått extra träning i behandling av diabetes typ 2 minskade inte riskfaktorerna mera än andra läkare. Fördelaktiga förändringar i kostvanor hos patienterna varierade inte heller mellan de tränade läkarna och kontrollgruppen.

### 6.2.3 Samtal

I studien av Mai med flera (2007) undersöktes effekten av ett strukturerat screeningprogram för diabetes med fokus på hälsorelaterad livsstil. De läkare som gjorde screeningarna, och därmed hade en central roll i studien, hade inte fått instruktioner om att försöka påverka patienternas livsstil. Endast 10 % av deltagarna ökade den dagliga motionen medan 3 % minskade mängden motion. Motionsmängden förblev oförändrad hos 88 % av deltagarna. En studie gjord av Färnkvist, Olofsson och Weinehall (2008) undersökte hur hälsoscreening med eller utan hälsosamtal kan påverka utvecklingen av kardiovaskulär sjukdom och diabetes typ 2. Deltagarna i screeningen, som innehöll hälsosamtal, motionerade mindre än de som inte hade något hälsosamtal.

Good Aging In Lahti region är ett program för hälsopromotion som påbörjades i samarbete med bland annat Institutet för hälsa och välfärd. Inom projektet planerades ett genomförande av en livsstilsintervention för primärhälsovården med hjälp av resultaten från DPS-studien (The Finnish Diabetes Prevention Study). Till skillnad från andra finska interventionsprogram baserade sig GOAL på teorier om förändring av hälsobeteende. Genom information, gruppdiskussioner, egenkontroll av beteende, målsättande och planering inriktades programmet speciellt på self-efficacy eller individens tilltro till sin egen förmåga att klara av någonting och självreglering gällande förändring av diet och fysisk aktivitet. Programmet levererade ett möjligt verktyg för rådgivning, men belyste även behovet av en systematisk, multiprofessionell process för prevention. Resultaten och upplevelserna av programmet var positiva och bedömning gjordes för att upprätthålla programmet och integrera det i hälsovården på regionalnivå (Lindström, Absetz, Helmiö, Peltomäki & Peltonen, 2010).

Effekten av hälsosamtal som en del av screening studerades av Färnkvist, Olofsson och Weinehall (2008). Resultaten var att de patienter som hade deltagit i hälsosamtal under screeningen rökte och snusade mindre, hade ett hälsosammare fettintag och dubbelt lägre förekomst av både kardiovaskulär sjukdom och diabetes. Dock hade gruppen som hade deltagit i hälsosamtal ett högre BMI än de grupper som inte hade deltagit i några hälsosamtal alls. I de grupperna var dock förekomsten av fetma högre än i samtalsgruppen. I gruppen som deltog i hälsosamtal förekom det färre insjuknande i diabetes än i den andra gruppen. Från studiens resultat drogs slutsatsen att det är effektivt att använda sig av strukturerade hälsosamtal vid hälsogranskningar för diabetesprevention (Färnkvist, Olofsson & Weinehall, 2008). Att utöka interventionen med grupprådgivning utöver en individuell läkarbaserad intervention, som undersöktes i studien av Nilsen, Bakke och Gallefoss (2011), gav ingen ytterligare effekt.

### 6.3 Livsstilsinterventionen

Effekterna av livsstilsinterventioner för att förebygga typ 2-diabetes hos högriskpersoner har tydligt påvisats i kliniska prövningar och det har visat sig finnas stor potential i att använda livsstilsintervention för att minska risken att insjukna. Man behöver ännu mera kunskap om förverkligande av effektiva diabetespreventionsprogram gällande utgångspunkter, kulturer, geografiska områden och åldersgrupper. Primära preventionsprogram som riktar sig till en hel population som helhet behöver utvecklas och genomföras (Lindström m.fl., 2010).

#### 6.3.1 Screening och identifiering av högriskindivider

Ett resultat i en studie av Lindström med flera (2008) var att användningen av FINDRISC som förscreeningsmetod kunde minska kostnaden för livsstilsinterventionen. Med hjälp av FIN-D2D identifierades 10 000 personer med hög risk för typ 2-diabetes samt 10 000 personer med medelhög risk. Detta preventionsprogram visade att det är möjligt att verkställa en effektiv storskalig livsstilsintervention inom primärhälsovården (Lindström m.fl., 2010).

Deltagarna i den danska ADDITION-studien fyllde i ett frågeformulär med frågor om fysisk aktivitet, rökning, alkoholkonsumtion, levnadsvanor och kostvanor både före och ett år efter screeningen. Då upplevde 18 % av personerna med hög risk för diabetes typ 2 att de efter screeningen hade en hälsosammare livsstil, 1 % levde ohälsosammare och 81 % svarade vet ej eller ingen förändring i livsstilen (Mai m.fl., 2007).

I en dansk studie (Dalsgaard m.fl., 2009) undersökte man vilka personer som deltog i screeningar för diabetes typ 2. I denna studie fann man att 44 % av högriskgruppen deltog i screeningen. Screeningen var också tänkt för just denna grupp. Det visade sig finnas ett samband mellan deltagande i screening och högre risk för diabetes. Deltagarna var oftare äldre, arbetslösa och bodde på landet än de som inte deltog. Högriskgruppen var mindre utbildad än de personer med låg risk för diabetes typ 2. Faktorer som inte hade någon betydelse var kön och civilstånd (Dalsgaard m.fl., 2009).

En kombination av HbA1c, fasteglukos och BMI är den bästa screeningsmetoden för att hitta personer i riskzonen för ett insjuknande i diabetes typ 2. Enligt en studie gjord av Norberg med flera (2006) är OGTT inget nödvändigt diagnostiskt test när man screenar för typ 2-diabetes. Familjehistoria gällande diabetes, som ändå är en stor riskfaktor för ett insjuknande, ansågs inte heller förbättra screeningmodellen.

När man i Danmark undersökte ett screeningsprograms effekt på livsstilen fick man resultatet att personer med hög risk för diabetes typ 2 minskade sitt dagliga antal cigaretter medan 14 % av personerna med normala testresultat slutade röka helt (Mai m.fl., 2007).

### 6.3.2 Livsstilsinterventionens effekt

Målet med en studie av Absetz med flera (2007) var att fastställa huruvida resultat av effektiva forskningar kunde nås under omständigheter som är mer lika den riktiga världen. I början av studien nådde 80 % av deltagarna inte upp till den kost- och aktivitetsnivå som eftersträvades. Efter ett år märktes en betydande förbättring. I jämförelse med DPS så var framgången sämre inom fysisk aktivitet. Däremot lyckades man betydligt bättre med att nå målet för högre fiberintag. Ingen skillnad

kunde urskiljas gällande målet för fettintag. Trots att båda forskningarna hade framgång i 4-5 av de fem livsstilsmålen så presterade den aktuella studien betydligt sämre i fråga om viktnedgång.

I en studie av Lindström med flera (2008) framkom att effekten av livsstilsinterventionen var beroende av den ursprungliga diabetesrisken mätt i FINDRIS-poäng. Hos deltagarna med lägst ursprungliga FINDRIS-poäng, förblev diabetesförekomsten den samma (3,6–4,7 fall/100 personer per år) oberoende av intervention eller standardbehandling. Deltagarna med höga ursprungliga FINDRIS-poäng (15-19 och >19) som fick intensiv livsstilsrådgivning hade liknande låg förekomst vid uppföljning (4,0–4,2), medan deltagarna med höga FINDRIS-poäng och som endast fick standardvård hade hög diabetesförekomst (11,7 -18,8).

En studie av Nilsen, Bakke och Gallefoss (2011) kunde inte konstatera något samband mellan kön och effekten av livsstilsinterventionen, medan Absetz med flera (2007) såg flera skillnader mellan männen och kvinnorna i studien. Kvinnorna upprätthöll bättre fettintag än männen, medan programmet i helhet hade bättre effekt på männen. Minskningen i det diastoliska blodtrycket, vikten och BMI var större hos männen än hos kvinnorna. Båda könen hade en liknande minskning av midjemåttet. Fasteglukosnivån ökade lite, främst hos kvinnor, men trots ökningen förblev värdet inom normala gränser. I studien såg man också ett samband med hur väl deltagarna nådde de utsatta livsstilsmålen och diabetesrisken mätt i glukostolerans vid uppföljningen (Absetz m.fl., 2007).

Åldern förefaller att påverka effekten av interventionen (Lindström m.fl., 2008). Interventionen var effektivast hos de äldsta (>61) individerna med en relativ riskreduktion på 64 % jämfört med kontrollgruppen. I en studie av Tuomilehto med flera (2009) kunde man konstatera ett samband med mycket sömn och förekomsten av diabetes hos överviktiga individer med försämrad glukostolerans. Deltagarna som sov flest timmar (>9,5 timmar) var äldre och tog ofta tupplurar dagtid. De använde också oftare hjärtmediciner. Inga skillnader i CRP eller IL-6 kunde konstateras mellan de som sov fler timmar och referensgruppen.



### 6.3.3 Bestående effekt av interventionen

En uppföljningsstudie av Lindström med flera (2003) visade att interventionen var mest effektiv under det första året och effekten var mest framträdande efter det året. Effekten försvagades något efter tre år. Behållandet av viktreduktionen var tillfredsställande efter det första årets intensiva interventionsperiod (Lindström m.fl., 2003).

En uppföljningsstudie 3,2 år efter DPS-studiens genomförande visade att interventionsgruppen hade minskat risken för diabetes med 58 % jämfört med kontrollgruppen. Bland dem som nått 4 eller alla 5 av målen med interventionen diagnostiserades ingen med diabetes. Den främsta orsaken till detta var ökad fysisk aktivitet. Ännu 3 år efter uppföljningen av DPS-studien, det vill säga ungefär 6 år efter att DPS genomfördes, var risken för diabetes 36 % mindre hos deltagarna jämfört med kontrollgruppen. De som hade lägst risk att insjukna i diabetes efter interventionen var de som konsumerade en medelfet, högfibrig diet och åstadkom den största viktnedskningen (Lindström m.fl., 2010).

En 7-årig uppföljningsstudie av Lindström med flera (2006) visade att förändringen i diabetesrisken kan bestå efter avslutandet av aktiv rådgivning. Den absoluta diabetesrisken mellan interventions- och kontrollgruppen var cirka 15 % under den ursprungliga försöksperioden och förblev densamma även under uppföljningen. En intensiv livsstilsintervention som varar en begränsad tid kan ge en fördel över lång tid i att reducera risken av typ 2 diabetes hos högriskindivider. Den uppnådda förändringen i fysisk aktivitet och kostvanor verkar kvarstå åtminstone ett år efter avslutandet av interventionen. Skillnaderna mellan grupperna kvarstod trots att kontrollgruppen fick en miniintervention i och med att de fick reda på sina glukosresultat samt en presentation av huvudfynden av preventionsstudien. Analysen visar att de som upprätthöll livsstils målen till 3-års kontrollen förblev fria från diabetes till den förlängda uppföljningen. Kostens sammansättning och fysisk aktivitet är viktigt för diabetesprevention men deras effekt på diabetesrisken är i stora drag, men inte enbart, medierad genom viktreduktion. (Lindström & Ilanne-Parikka m.fl., 2006)

### 6.3.4 Interventionens effekt på fysisk aktivitet

I en studie av Laaksonen med flera (2005) ökade medelhård till hård och ansträngande strukturerad motion på fritiden i interventionsgruppen med 36-48 minuter/vecka under uppföljningsperioden på drygt 4 år. I både kontroll- och interventionsgruppen hörde en ökning i medelhård till hård och strukturerad motion samman med en stor minskning av diabetesrisken. Dessutom visade en ökning i varaktigheten och intensiteten av promenader som motion och vardagsmotion en minskning i förekomsten av diabetes. Ökningen i ansträngande och strukturerad motion på fritiden utöver promenader gav bäst effekt av motionsinterventionen, delvis på grund av viktminskningen och vikthållningen. Studien visar att motion på fritiden kan påverka glukos- och insulinmetabolismen på andra sätt än genom viktminskning eller förändring i kroppssammansättning. Både varaktigheten av motionen och uthållighetsträning utövad på åtminstone en medelhård nivå verkade skyddande mot utvecklingen från försämrad glukostolerans till diabetes (Laaksonen m.fl., 2005).

Av deltagarna som ökade på promenader som motionsform var den tredjedel som hade ökat mest på motionen 59 % mindre troliga att utveckla diabetes än de vars förändring var i den nedre tredjedelen, oberoende av andra faktorer. En ökning i promenadtakten minskade också risken för diabetes. Åtminstone 2,5 timmes promenader per vecka verkade minska risken med 63-69 %, till stor del oberoende av kost och BMI-faktorer (Laaksonen m.fl., 2005). BMI sänktes hos deltagarna med normal glukostolerans efter fyra månader med stavgång. HRQOL förbättrades hos deltagarna med normal glukostolerans efter fyra månader med stavgång och hade lite eller ingen muskuloskeletal smärta jämfört med kontrollgruppen (Fritz m.fl., 2011).

### 6.3.5 Övervikt och fetma

En artikel som presenterar resultaten från FIN-D2D (Saaristo m.fl., 2010) visar att intervention är effektivt för viktnedgång. Hos de som inte deltog i interventionen sjönk vikten med 0,7 kg. De som deltog en gång åstadkom en viktnedgång på 1,7 kg och de som deltog i minst fyra interventionsbesök gick ner 2,5 kg. Hos en femtedel av deltagarna sjönk vikten med minst 5 % efter ett år, i genomsnitt 9 kg. Ju större

viktnedgång som åstadkoms, desto lägre blir risken för diabetes typ 2 (Saaristo m.fl., 2010). Efter DPS-studien minskade vikten hos interventionsgruppen 4,5 kg efter ett år samt 3,5 kg efter 3 år, medan viktnedgången i kontrollgruppen var 1,0 kg respektive 0,9 kg (Lindström m.fl., 2010). I en studie gjord av Salopuro med flera (2011) studerades och jämfördes förändringar i fetma, övervikt och BMI hos en grupp som hade deltagit i FIN-D2D och en grupp som hade deltagit i FINRISC. I alla studerade grupper sjönk vikten en aning, men den grupp som hade en mest märkbar viktnedgång var männen inom FIN-D2D-området. Gruppens medelvikt sjönk från 85,6 kg till 84,4 kg. FIN-D2D studerade även förändringar i BMI, midjemått och förekomst av fetma.

Diabetesrisken sjönk hos 69 % av deltagarna med minst 5 % när man angav de personer vars vikt inte förändrades som jämförelsegrupp i en studie av Lindström med flera (2010). De som deltog i minst fyra interventionsbesök minskade sitt midjemått med 2,7 cm och fick även lägre blodtryck (Lindström m.fl., 2010). Förekomsten av diabetes ökade med ökande BMI och midjemått i studien av Lindström med flera (2008). Effekten av interventionen var av samma omfattning i alla BMI-grupper. BMI sänktes hos samtliga studerade grupper i studien av Salopuro med flera (2011). De största förändringarna i BMI hittades hos män inom FIN-D2D-området (från 27,8 till 27,4) och kvinnor i kontrollgruppen (från 28,0 till 27,6). BMI tycktes minska i alla åldersgrupper inom alla områden och hos båda könen. Hos kvinnor visade det sig dock att BMI ökar med åldern (Salopuro m.fl., 2011).

Medelvärdet för midjemått ökade hos kvinnorna i kontrollgruppen men hölls oförändrat i FIN-D2D-gruppen. Bland männen fanns det inga signifikanta förändringar i midjemåttet varken i kontrollgruppen eller i FIN-D2D-gruppen. Med andra ord fanns inga förändringar i bukfetma hos någotdera av könen, men förekomsten ökade med åldern hos både män och kvinnor. Förekomsten av fetma sjönk hos alla män efter genomförandet av FIN-D2D. Kvinnorna i kontrollgruppen var mera normalviktiga, men i FIN-D2D-gruppen märktes ingen förändring hos kvinnorna. Fetma ökade med åldern hos kvinnorna. Normalvikt var mera förekommande hos kvinnor än män, medan övervikt var mer förekommande hos män än kvinnor (Salopuro m.fl., 2011).

52 % av männen respektive 61 % av kvinnorna (totalt 10 149 personer) som deltog i FIN-D2D led av fetma. Avvikande glukosmetabolism, det vill säga förhöjda värden, förekom hos 68 % av männen och 49 % av kvinnorna. 75 % av männen och 67 % av kvinnorna hade också metabolt syndrom. 38,2 % deltog i uppföljningen ett år senare. Ingen av dem som i början av studien hade normal glukosmetabolism och under ett år hade gått ner minst 5 % i vikt hade utvecklat diabetes. 1,6 % av dem som hade samma vikt efter ett år hade utvecklat typ 2-diabetes. Av dem som hade gått upp i vikt hade 3,7 % insjuknat (Lindström m.fl., 2010).

I en studie av Salminen och Kuoppamäki med flera (2012) som analyserade sambandet mellan metabolt syndrom och typ 2-diabetes, hade 15,2 % av deltagarna med metabolt syndrom efter 9 år insjuknat. Av de som inte hade metabolt syndrom insjuknade 4,5 %. De hälsfaktorer i metabolt syndrom som är av stor betydelse för huruvida man insjuknar i diabetes var försämrat fastglukos och fetma med ett BMI högre än 30 (Salminen m.fl., 2012).

## **7 Tolkning**

I det här kapitlet tolkar respondenterna resultatet mot den teoretiska referensramen och den teoretiska bakgrunden. Den teoretiska referensramen består av Erikssons (2000) ontologiska värdelement, Orem's (2001) teori om egenvård samt Prochaska och Di Clementes transteoretiska modell.

### **7.1 Patienten**

Diabetes typ 2 är en sjukdom som kan förebyggas eller bromsas (Östenson, 2010; Alvarsson m.fl., 2007; Groop m.fl., 2010). Förebyggandet av sjukdomen kan därmed ses som ett hälsoproblemrelaterat egenvårdsbehov (Orem, 2001, 47-49). Syftet med ett hälsoproblemrelaterat egenvårdsbehov är att främja fysiska och psykiska mekanismer samt den mänskliga funktionen (Orem, 2001, 47-49). Syftet med primärprevention av diabetes typ 2 är att motverka de livsstils- och miljörelaterade

riskfaktorerna för att förhindra ett insjuknande och därmed bespara patienten det lidande och den nedsatta livskvalitet som en kronisk sjukdom orsakar (Orth-Gomer, 2008, 14-15).

Utförandet av handlingar som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen räkning för att upprätthålla liv, hälsa och välmående är definitionen för egenvård enligt Orem (2001, 521-522). Egenvården har ett syfte och när den utförs effektivt så bidrar handlingarna till individens strukturella integritet, verksamhet och utveckling (Orem 2001, 43-45). Ett syfte behövs för att motivera en förändring och att fördelarna med förändringen märks är viktigt. Syftet med fysisk aktivitet som framkom av resultatet var hälsovinster i form av bättre kondition, känsla av välbefinnande och bättre psykisk hälsa, förbättrad sömnkvalitet samt en vilja att upprätthålla hälsan (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010). Integriteten och den egna verksamheten stärktes, enligt resultatet, av att man genom fysisk aktivitet upprätthöll rörlighet och funktionella färdigheter. På detta sätt kunde man förbli självständig och klara sig hemma trots åldrandet (Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010). Motion som regelbunden vana och livsstil (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010; Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010) samt att öka på mängden motion (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010) verkade motiverande för fysisk aktivitet. Den egna utvecklingen hade alltså motiverande effekt.

Orem (2001, 521-522) har beskrivit tre egenvårdsbehov. Egenvårdsbehoven reglerar människans liv, hälsa och välmående ur olika aspekter. Utöver det hälsoproblemrelaterade egenvårdsbehovet finns det universella och det utvecklingsmässiga egenvårdsbehovet. Till de universella egenvårdsbehoven hör människans grundläggande behov, så som intag av föda, balans mellan aktivitet och vila samt balans mellan avskildhet och sociala interaktioner. Egenvårdskrav är de egenvårdshandlingar som krävs för att möta egenvårdsbehovet (Orem, 2001, 53, 522). Intaget av föda, eller kosten, undersöktes i en studie av Brekke, Sunesson, Axelsen och Lenner (2004). Kosten är en betydande faktor i reglerandet av hälsa och välmående, vilket syntes i resultatet, eftersom en del kostråd följdes även om de ansågs vara problematiska, antagligen för att deltagarna i studien strävade efter att möta egenvårdsbehovet. Hälsa, kondition, viktkontroll, funktionsförmåga och

självständighet motiverar till att möta det universella egenvårdsbehovet för aktivitet (Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010). Vikten av balans mellan aktivitet och vila blev tydligt med hjälp av studien av Tuomilehto med flera (2009) som visade på ett samband mellan mycket sömn och förekomsten av diabetes hos överviktiga individer med försämrad glukostolerans. Även studien av Hansen, Landstad, Hellzén och Svebak (2010) visade att aktivitet och rutiner i vardagslivet var viktigt.

Egenvård är enligt Orem (2001, 521-522) en aktivitet som människan lär sig genom relationer och kommunikation mellan människor. Balansen mellan avskildhet och sociala interaktioner hör till de universella egenvårdsbehoven (Orem, 2001, 53, 522). Betydelsen av sociala interaktioner var tydlig i resultatet. Familjens åsikt var viktig inom kostrådgivningen (Brekke m.fl., 2004). Uppmuntran och socialt stöd från andra ansågs enligt Korkiakangas och Alahuhta med flera (2010) vara viktigt i fråga om fysisk aktivitet. Att delta i en preventionsstudie samt att få hälsorådgivning är andra sociala tillfällen som påverkade den fysiska aktiviteten (Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010). Enligt Eriksson (2000) kan man genom ansa, leka och lära åstadkomma en känsla av utveckling för förändring, upprätthållande eller stödande av en hälso-process. Som vårdare kan man vid rådgivning ge den uppmuntran och det sociala stöd som behövs. Sociala relationer förknippade med motionen tillför njutning till den fysiska aktiviteten (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2010). Önskan att bli en av dem som har en aktiv livsstil, beundran av aktiva vänner eller en strävan efter att framstå som en förebild är ytterligare några sociala faktorer som motiverar (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010). Studien av Hansen med flera (2010) påvisade också att sociala relationer har stor betydelse för motivationen. Här kan leken som uttryck för önskningar tillämpas. Denna form av lekande ger en möjlighet att vara den som man skulle vilja vara genom sina önskningar (Eriksson, 2000).

De utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven är knutna till människans utveckling; bland annat forande och upprätthållande av de förhållanden som är viktiga för utveckling, engagerande i sin egen utveckling och förebyggande av störningar som kan påverka utvecklingen negativt (Orem, 2001, 521-522). Som redan nämnts hade den egna utvecklingen en motiverande effekt för fysisk aktivitet. Upprätthållandet av

konditionen är också viktigt (Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010). Konditionen kan ses som ett förhållande som behöver upprätthållas för att stöda utvecklingen. Sjukdomsprevention och lindring av sjukdomssymtom genom motion var en annan viktig faktor i resultatet (Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010; Hansen, Landstad, Hellzén & Svebak, 2010), vilket tyder på att individen vill förebygga störningar som kan påverka utvecklingen, livet och sjukdomen negativt. Detta betyder att man befinner sig i upprätthållandefasen eftersom man strävar efter att ständigt förbättra konditionen och undvika återfall (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Mogna individer har rätten och skyldigheten att ta hand om sig själva och upprätthålla liv och hälsa (Orem, 2001, 521-522). Individen är till stor del själv ansvarig för sin hälsa (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008) och måste ta ansvar för livsstilsrelaterade beslut (Jallinoja & Absetz m.fl., 2007). Ovilja till förändring är ett väsentligt hinder för behandling. Patienten måste ansvara för sin egenvård när det gäller diabetes (Jallinoja & Absetz m.fl., 2007). Enligt studien av Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) finns det tre attityder till det egna ansvaret för livsstilsförändringen. Attityden var ofta beroende av hur bra eller dåligt individen hade lyckats med livsstilsförändringen. Majoriteten av de som hade lyckats bra med livsstilsförändringen ansåg att individen själv är ansvarig för sin livsstil. De deltagare som hade fått kämpa för förändring eller misslyckats med förändringen såg individen som ansvarig för sitt hälsorelaterade beteende i teorin, men i praktiken som inkompetent att förvalta ansvaret. Resten av deltagarna hade en ambivalent attityd till individens eget ansvar. Många av deltagarna i studien såg ett behov av en yttre kontroll (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008).

Egenvårdskapaciteten innefattar kännedom om de egna egenvårdsbehoven och hur de ska mötas med övervägda och ändamålsenliga handlingar för att främja funktion och utveckling. Egenvårdskapacitet är en förvärvad förmåga hos individer (Orem, 2001, 53, 522), vilket förklarar varför goda minnen och bra erfarenheter av motion från tidigare (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010) fungerar motiverande. Viljan att fungera som en förebild (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010) är därför också motiverad eftersom det kan bidra till att förbättra andras egenvårdskapacitet. Att

fungera som förebild är mycket viktigt eftersom det finns en tydlig ärftlighet för risken för typ 2-diabetes (Groop m.fl., 2010, 102-103).

Egenvårdskrav är de egenvårdshandlingar som krävs för att möta alla kända egenvårdsbehov hos en individ. Om kapaciteten till egenvård är mindre än egenvårdskraven uppstår egenvårdsbrist. Egenvårdsbristen leder till att människan kommer i behov av vård (Orem, 2001, 53, 522). Väder, säsong, hälsoproblem, arbetsrelaterade faktorer samt andra hobbyer och plikter är faktorer som verkar som hinder för fysisk aktivitet som en vana (Korkiakangas & Alahuhta m.fl., 2010; Korkiakangas & Taanila m.fl., 2010). Glömska och återfall i gamla kostvanor, dålig tillgänglighet på lunchrestaurang och brist på idéer vid matlagning (Brekke et al., 2004) är exempel på faktorer som fungerar som hinder för en hälsosam kost. I fall där liknande hinder uppstår, kan det bero på att kraven är större än kapaciteten hos individen. Vid olika hinder rör sig individen mellan förändringsprocessens olika faser. När man möter ett hinder inom kost eller fysisk aktivitet kan det hända att man går bakåt från upprätthållandefasen till handlingsfasen (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012). Lekandet är enligt Eriksson (2000) ett uttryck för hälsa. Vid egenvårdsbrist orsakad av hinder av olika slag kan leken som uttryck för önskningar tillämpas i form av att vårdaren ger patienten stöd och uppmuntran för att kunna få ny energi och motivation.

Patientens ovilja var oftare ett hinder för förändring än patientens okunskap (Jallinoja & Absetz m.fl., 2007). Patienterna var ofta redan medvetna om fakta om kost och motion men inte medvetna om konsekvenserna. Ibland tillkännagav patienterna ärligt att de var ovilliga att förändras (Poskiparta, Kasila & Kiuru, 2006). För att individen ska kunna uppfylla egenvårdens syfte, måste det finnas en medvetenhet om egenvårdsbehoven (Orem, 2001, 47-49). Dessa patienter befinner sig enligt transteoretiska modellen i föröverbägelsefasen som kännetecknas av att man inte har någon avsikt att förändra sitt beteende (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).



## 7.2 Hälsoprofessionella

Ur den preventiva hälsovårdens perspektiv är det enligt Orem (2001, 48) grundläggande att effektivt möta de universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven. Genom att möta dessa behov kan man primärt förebygga sjukdom och ohälsa. Ett sätt att möta de universella egenvårdsbehoven är genom kost- och motionsrådgivning. I en studie av Poskiparta, Kasila och Kiuru (2006) gavs kost- och motionsrådgivning på två utav tre rådgivningstillfällen av sjukskötare och på ett av två rådgivningstillfällen av läkare. Att effektivt möta de universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven är viktigt för att upprätthålla den mänskliga strukturen och funktionen, för att stöda utvecklingen och därigenom bidra till rehabilitering (Orem, 2001, 48). I en studie av Färnkvist, Olofsson och Weinehall (2008) drogs slutsatsen att strukturerade hälsosamtal vid hälsogranskningar är effektiva för diabetesprevention.

Läkarnas och sjuksköterskornas uppgift är att informera, motivera och stöda patienten i livsstilsförändringen (Jallinoja & Absetz m.fl., 2007). I förövertvågelsefasen, när patienten inte inser sitt problem, behöver sjukskötaren ge information och i övervägelsefasen behöver patienten motivation för att övervinna ambivalensen. I förberedelsefasen behöver patienten motivation men även stöd för att ta itu med förändringen. I handlingsfasen men även i upprätthållandefasen är sjukskötarens uppgift att finnas där och ge stöd för att uppmuntra men också för att förebygga en tillbakagång till tidigare faser (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Vårdpersonalens förmåga att ge livsstilsrådgivning varierade i olika studier (Jallinoja & Absetz m.fl., 2007; Rasmussen m.fl., 2008; Poskiparta m.fl., 2006). Den rådgivning som gavs om livsstilen var kortfattad och gav inte patienten några konkreta råd som kunde tillämpas för att förebygga diabetes (Poskiparta m.fl., 2006). En vanlig orsak till brister i livsstilsrådgivningen var tidsbrist (Jallinoja & Absetz m.fl., 2007; Poskiparta m.fl., 2006). Enligt Eriksson (2000) åstadkommer man genom vårdandets ontologiska element tillit och en känsla av utveckling för förändring. Leken som assimilation innebär att man som vårdare anpassar den

information som man ger så att den motsvarar patientens egna krav. Detta kräver tid för att patienten skall kunna bearbeta informationen. Detta kan inte uppnås om vårdpersonalen inte avsätter tillräckligt med tid för hälsorådgivningen och resultaten blir knappast goda. För att egenvårdsbehoven skall tjäna som syfte för egenvården måste människan enligt Orem (2001, 47-49) först bli medveten om sina behov. I studien av Poskiparta med flera (2006) kan man säga att de hälsoprofessionella misslyckades i sin uppgift att göra patienten medveten om egenvårdsbehoven.

En hjälpmetod är ur ett omvårdnadsperspektiv en serie handlingar som utförs för att kompensera de hälsoassocierade begränsningarna som en person har, vilka hindrar honom från att själv utföra egenvårdshandlingar för att främja funktion och utveckling. Vårdaren kan hjälpa en annan individ genom att använda en eller flera av Orem's (2001, 55-56) fem hjälpmetoder: att handla eller utföra för en annan person, handledning och vägledning, psykiskt eller fysiskt stödjande, skapande och upprätthållande av en miljö som stöder utvecklingen samt undervisning. I studien av Jallinoja och Absetz med flera (2007) menade endast hälften av de hälsoprofessionella att de hade tillräckligt med skicklighet för att informera, motivera och stöda patienten i livsstilsförändringen. Andledningen till detta var ofta ett hektiskt schema, vilket var ett hinder för att de skulle kunna sätta sig in i patientens livssituation. En studie av Mai med flera (2007) visade att utan stöd och uppmuntran i form av hälsorådgivning om motion är det svårt att få patienten motiverad till en förändring.

Syftet med hjälpmetoderna är att öka egenvårdsaktiviteten hos individen så att egenvårdskapaciteten ökar, vilket ska leda till att individen själv kan tillgodose egenvårdskraven (Orem, 2001, 55-56). I en studie av Lindström med flera (2010) satsade man på att utveckla individens tilltro till sin egen förmåga och självreglering vid en förändring av diet och fysisk aktivitet. Detta uppnåddes genom information, gruppdiskussioner, egenkontroll av beteende samt målsättande och planläggning.

Samtal visade sig vara en viktig del i livsstilsförändringen. Screeningar som omfattade hälsosamtal gav ofta bättre resultat än screeningar utan hälsosamtal (Lindström & Absetz m.fl., 2010; Färnkvist m.fl., 2008; Mai m.fl., 2007). Även om

sjukskötare är bra på att initiera samtal om livsstilsfaktorer finns det brister i samtalsmetodiken både hos vårdpersonalen och hos patienterna (Poskiparta m.fl., 2006). Enligt Eriksson (2000) är lärandet symboliskt för en kontinuerlig utveckling och förändring. Lärandet är en aktiv process, en dialog mellan (i detta fall) vårdaren och patienten där målet är självförverkligande och ett hjälpmedel för detta är vårdaren. Ifall kommunikationen brister är det svårt för patienten att utvecklas och åstadkomma en förändring.

Omvårdnadskapacitet innefattar de förmågor som en utbildad vårdare behärskar för att kunna känna till, hjälpa och handla för att möta en patients egenvårdskrav och för att utveckla patientens egenvårdskapacitet (Orem, 2001, 518). Majoriteten av läkarna och sjuksköterskorna som deltog i en studie av Jallinoja och Absetz med flera (2007) ansåg att de har kunnat hjälpa många patienter med att förändra livet till det hälsosammare. Deras omvårdnadskapacitet var därmed god. Sjuksköterskor med mindre professionell erfarenhet sade sig i samma studie ha tillräckligt med skicklighet för livsstilsrådgivning. Detta trodde man kunde vara ett resultat av att utbildningen har förändrats till att fokusera mera på samtalsteknik. Sjuksköterna är duktigare på att ta initiativ till en diskussion om kost och motion än läkarna, enligt en forskning av Poskiparta, Kasila och Kiuru (2006). Allmänläkare som tränats i intensivbehandling av typ 2-diabetes hade bättre kapacitet att identifiera patienter som hade försämrade glukostolerans eller ett förhöjt fastglukosvärde i en studie av Rasmussen med flera (2008). Läkarnas omvårdnadskapacitet när det gällde prevention av diabetes typ 2 hade däremot inte förbättrats trots träningen. I studien av Poskiparta, Kasila och Kiuru (2006) hade patienterna redan mycket kunskap om kost och motion, men visste inte hur de skulle förverkliga denna kunskap. De hälsoprofessionella i studien gav heller inte råd till patienten hur de i detalj skulle förverkliga sin kunskap. De bidrog därigenom inte till att utveckla patientens egenvårdskapacitet.

### 7.3 Livsstilsinterventionen

Interventionen är mest effektiv under det första året och resultaten är då mera framträdande. Efter tre år försvagas effekten något (Lindström & Louheranta m.fl.,

2003; Lindström & Ilanne-Parikka, 2006). Trots denna försvagade effekt är risken för diabetes typ 2 minskad ännu 6 år efter en livsstilsintervention (Lindström m.fl. 2010; Lindström & Ilanne-Parikka m.fl., 2006). Efter livsstilsinterventionen har man kunnat behålla resultaten en längre tid vilket tyder på att man kan hålla sig ganska länge i upprätthållandefasen utan att det egentligen sker något återfall till föregående fasen (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012). Att livsstilsinterventionen hade långtidseffekt kan utgående från Orem (2001, 47-49) tolkas som att patienten har blivit medveten om sina egenvårdsbehov och kan därmed uppfylla egenvårdens syfte. Egenvårdskapaciteten är en förvärvad förmåga (Orem 2001, 53, 522) och i och med interventionen har denna förmåga stärkts hos patienten, vilket syntes i studien av Lindström och Ilanne-Parikka med flera (2006) där den intensiva livsstilsinterventionen som varade en begränsad tid gav fördel i diabetes typ 2-riskreduceringen hos högriskindivider över en lång tid.

En studie av Lindström och Peltonen med flera (2008) visade att effekten var beroende av den ursprungliga diabetesrisken. Detta kan bero på att de vid interventionen bättre förstod sina hälsoproblemrelaterade egenvårdsbehov (Orem, 2001, 47-49) eftersom riskfaktorerna, t.ex. fetma eller tobaksbruk (Östenson, 2010, 95), redan påverkade deras liv på ett negativt sätt. De kan också ha varit mera medvetna om sjukdomen på grund av ärftligheten, som är en riskfaktor (Groop m.fl., 2010, 102-103).

Intervention ger goda resultat för viktnedgång (Lindström m.fl., 2010; Saaristo & Moilanen m.fl., 2010). Viktnedgång är effektivt för att förebygga ett insjuknande i diabetes typ 2 medan en viktuppgång ökar risken (Salminen & Kuoppamäki m.fl., 2012; Lindström m.fl., 2010). Kost och fysisk aktivitet är viktigt för diabetesprevention (Lindström & Ilanne-Parikka m.fl., 2006). Intag av föda samt balans mellan fysisk aktivitet och vila hör till människans grundläggande behov, de universella egenvårdsbehoven (Orem, 2001, 47-49). I denna handlingsfas kan vårdaren stöda patienten i sina val och handlingar för att åstadkomma en bättre livsstil (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Genom att öka intensiteten och varaktigheten av den fysiska aktiviteten minskar risken för diabetes typ 2, delvis på grund av viktminskningen som åstadkoms men även tack vare vikthållning (Laaksonen & Lindström m.fl., 2005). Resultatet överensstämmer med Östenson (2010, 95) som menade att glukostoleransen försämras av fysisk inaktivitet på grund av att skelettmuskulaturens förmåga att uppta glukos minskar. Fysisk aktivitet ökar däremot insulinkänsligheten och omedelbart upptag av glukos i musklerna. Medelhård fysisk aktivitet kan förebygga att en försämrad glukostolerans utvecklas till diabetes (Laaksonen m.fl., 2005). Fysisk aktivitet ökar dessutom HRQOL (Fritz m.fl., 2011). Ansning möjliggör en förändring av ett tillstånd (Eriksson, 2000). Om man ser på den fysiska aktiviteten som en form av ansning som individen kan göra för sig själv (egenvård), hjälper den till att uppnå kroppsligt välbefinnande, tillfredsställelse och njutning som behövs för människans växt och utveckling. Detta kunde vara en viktig faktor för att individen skall ha motivation för att hålla sig i upprätthållandefasen (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Högt BMI är en riskfaktor för utveckling av diabetes (Lindström m.fl., 2008). BMI verkar sjunka bra hos deltagare i livsstilsinterventioner, kanske främst med hjälp av fysisk aktivitet (Fritz m.fl., 2011; Salopuro m.fl., 2011). Minskningen kan ses hos alla åldersgrupper och hos båda könen (Salopuro m.fl., 2011, Lindström m.fl., 2008). BMI tycks dock öka med åldern hos kvinnor (Salopuro m.fl., 2011).

Interventionen bör bestå av flera tillfällen med rådgivning för att resultaten av interventionen skall bli så goda som möjligt (Lindström m.fl., 2010). Uppnådda resultat efter en livsstilsintervention består efter avslutandet av en aktiv livsstilsrådgivning. (Lindström & Ilanne-Parikka m.fl., 2006). FINDRISC är ett effektivt hjälpmedel för att inleda en intervention och hitta personer i riskzonen. FINDRISC kan också användas för att utvärdera effekten av en intervention (Lindström & Peltonen m.fl., 2008). FINDRISC som förscreeningsmetod kan även minska kostnaden för livsstilsinterventionen (Lindström m.fl., 2008). Det kan finnas svårigheter att hitta personer med risk för att utveckla diabetes då deltagarantalet i interventionsprogram inte alltid är vad man skulle önska (Dalsgaard m.fl., 2009). En förklaring till detta skulle kunna vara att personer i riskzonen inte vet om att de har

en ökad risk att insjukna, med andra ord befinner sig i förövertvågelsefasen (Norcross m.fl., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012). Förstadier till diabetes typ 2 uppvisar sällan symtom, vilket gör dem svåra att upptäcka innan de utvecklas till diabetes (Alvarsson m.fl., 2007, 38, 57-58).

Då patientens egenvårdsbehov är större än egenvårdskapaciteten uppstår en egenvårdsbrist (Orem, 2001, 55-56). Hälsoprofessionella kan hjälpa patienten genom att använda någon av Orems (2001, 53, 522) hjälpmetoder som består av bland annat stödande och undervisning. En studie av Mai med flera (2007) visade att endast en mycket liten förändring uppnås med enbart screening. De som uppgav att de inte hade förändrat sin livsstil efter screeningen led antagligen av egenvårdsbrist och hade behövt stöd för att öka sin egenvårdskapacitet.

De hälsfaktorer som är av stor betydelse för huruvida man insjuknar i diabetes typ 2 visade sig vara försämrade fasteblukos och fetma med ett BMI högre än 30 (Salminen m.fl., 2012). Förutom dessa faktorer visade en annan studie att HbA1c också är en viktig komponent när man vill hitta personer i riskzonen för ett insjuknande i diabetes mellitus typ 2 (Norberg & Eriksson m.fl., 2006).

Resultaten av litteraturstudien visade att det behövs mera kunskap om hur preventionsprogram bör utvecklas, främst vad gäller storskaliga interventioner inom primärvården. Trots det har de åtgärder som genomförts för högriskpersoner ändå varit effektiva och man ser en stor potential i att använda sig av livsstilsinterventioner för att förebygga diabetes typ 2 (Lindström m.fl., 2010).

## **8 Kritisk granskning**

I det här kapitlet har respondenterna granskat examensarbetet kritiskt utgående från delar av Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Bedömningen av en vetenskaplig produkt grundar sig på föreställningar av vad som är bra eller dåligt. Kriterierna ska bistå till att hitta svagheter och styrkor i ett vetenskapligt arbete (Larsson, 1994, 163, 186). De kriterier som respondenterna kommer att använda för

att granska arbetet är perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt och pragmatiskt värde.

Den interna logiken uttrycker en harmoni mellan forskningsfrågor, antaganden om forskningen och det studerade fenomenets natur, datainsamling samt analysteknik. Forskningen ska bilda en helhet som de enskilda delarna kan relateras till. Delar som inte kan relateras till helheten fyller ingen funktion. Den vetenskapliga undersökningen ska fungera som ett slutet system (Larsson, 1994, 168-170). Syftet med examensarbetet var att undersöka vad som är effektivt vid prevention av typ 2 diabetes och att ta reda på hur rådgivningen till högriskindivider bör utvecklas. Respondenterna ansåg att en litteraturstudie passade för detta syfte, eftersom vetenskapliga artiklar är den mest relevanta källan för ny kunskap om det studerade området. Forskningsfrågorna som respondenterna ville ha svar på var följaktligen vad ny forskning säger om preventiva åtgärder för diabetes typ 2 och hur man med hjälp av forskning kan utveckla rådgivningen. För att få fram relevanta artiklar begränsades artikelsökningen till nordisk och ny forskning. Artiklarna har sammanfattats i en resumé för att på ett lättöverskådligt sätt presentera det inkluderade materialet. Utgående från syftet och frågeställningarna gjordes en innehållsanalys av artiklarna som sedan tolkades utgående från den teoretiska referensramen och bakgrunden.

Fakta är alltid beroende av ett perspektiv. En förståelse grundar sig på att delen hör ihop med helheten, annars saknas en innebörd. Redan vid den första kontakten med något som ska tolkas har man en föreställning om innebörden, en förförståelse. Genom att förförståelsen tydliggjorts blir tolkningen tydligare. Tydliggörandet gör att forskaren inte döljer sitt perspektiv, vilket gör arbetet möjligt att granska kritiskt. Att redovisa förförståelsen är dock inte lätt eftersom alla tankar under processen har kunnat påverka tolkningen. Ett sätt att tydliggöra förförståelsen är genom valet av tolkningsteori. Antaganden som har att göra med hur området avgränsats hör också till perspektivmedvetenheten (Larsson, 1994, 165-168). Respondenterna var redan innan lärdomsprovets början medvetna om den ökande förekomsten av diabetes typ 2, dess komplikationer och riskfaktorer. Medvetenheten om vikten av att göra en dylik studie som fokuserar på förebyggande av sjukdomen har grund i förförståelsen.

Mera kunskap om ämnet fick respondenterna i samband med insamlandet av materialet till den teoretiska bakgrunden. Den teoretiska bakgrunden ger även läsaren en förståelse för forskningsområdet. Efter analysen tillfogades en del material till bakgrunden som ansågs vara nödvändig för läsarens förståelse och helhetsintrycket. Den teoretiska referensramen utvecklades under arbetets gång. Från början valdes vårdandets ontologiska element och egenvårdsteorin eftersom de båda går att tillämpa inom rådgivning och hälsofrämjande arbete. I samband med tolkningen av resultaten ansåg respondenterna att de teoretiska utgångspunkterna var otillräckliga. Därför tillfogades den transteoretiska modellen för att få en mera mångsidig tolkning.

En viktig del av en studie är att den uppvisar god etik. En förutsättning för vetenskapliga studier är att man inte fuskar med det som man uppfattar som sanning. Vetenskaplig hederlighet är av stor betydelse, det vill säga att man som forskare inte undanhåller information med avsikt, redovisar egna slutsatser eller lägger till något som inte har något samband med studien (Larsson, 1994, 171-172). Respondenterna har i vissa fall medvetet lämnat bort resultat i en del av artiklarna som har analyserats. Detta har dock gjorts eftersom de bortvalda resultaten inte har motsvarat våra krav. Till exempel har artiklarna kunnat behandla även andra sjukdomar förutom typ 2-diabetes, eller behandlat rehabilitering istället för prevention. Hade alla resultat tagits med i denna studie hade mycket av innehållsanalysen inte varit relevant, vilket i sin tur hade försämrat studiens kvalitet. Respondenterna har strävat efter att vara objektiva i resultatredovisningen.

Utformningen för det pragmatiska kriteriet är att: *"Kvaliteten i analysen är avhängig i vilken utsträckning undervisning utifrån de beskrivna uppfattningarna kan resultera i ökad förståelse av visst innehåll"*. Det pragmatiska kriteriet betonar följderna för resultaten som man har kommit fram till i studien samt att förankra resultatens betydelse i praktiken (Larsson, 1994, 185-186). Respondenterna kom fram till att det är möjligt att utveckla rådgivningen till högriskindivider men att resurserna är begränsade. Vårdpersonalen borde ha mera tid men detta i sin tur kräver ekonomiska resurser. Trots att det finns rum för förbättring och utveckling visade litteraturstudien att de preventiva åtgärderna som tidigare har gjorts ändå har haft en god effekt.



## 9 Diskussion

Datainsamlingen var examensarbetets mest tidskrävande moment. Det var svårt att hitta artiklar som passade syftet på grund av att respondenterna hade valt att begränsa sökningen till endast nordisk och ny forskning. Om man hade inkluderat forskning från hela världen istället för bara Norden hade man eventuellt fått ett annat resultat. Många artiklar som hade passat denna studie var inte tillgängliga i fulltext eller så var de avgiftsbelagda. Det här var ofta fallet för den allra senaste forskningen. Dessa artiklar hade kanske kunnat bidra med ytterligare användbart material.

Orems egenvårdsteori var mycket användbar i tolkningen av kategorin ”Patienten”. Orems hjälpmetoder fungerade som stöd vid tolkningen av kategorin ”hälsoprofessionella”. Även Erikssons ontologiska värdelement hjälpte respondenterna att tolka samspelet mellan patient och hälsoprofessionella, även om den inte kunde tillämpas så mycket som respondenterna hade tänkt sig från början. Med hjälp av den transteoretiska modellen kunde olika faser av beteendeförändring identifieras. Respondenterna är nöjda med valet av teoretisk referensram, framförallt efter att den utökades med Prochaska och Di Clementes modell.

Från början hade respondenterna tänkt fokusera på konkreta åtgärder som kan förebygga diabetes typ 2. Under datainsamlingen kom det fram att man i Norden inte har strävat efter att hitta nya sätt att förebygga sjukdomen. Istället har man i tidigare forskning studerat effekten av tidigare kända preventiva åtgärder för att komma fram till hur man kan utveckla rådgivningen. Respondenterna inser att fokuset under arbetets gång delvis har flyttats från de förebyggande åtgärderna till betydelsen av livsstilsförändring.

Det som framkom av litteraturstudien var att ett tidigt upptäckande av riskfaktorer hos individen samt insättande av åtgärder är viktigt för att förebygga typ 2-diabetes, vilket trots allt var känt från tidigare. Riskfaktorerna för diabetes typ 2 är trots allt redan långt kartlagda och det väsentliga i preventionen är att motverka dessa faktorer. Nästa steg kunde vara att forska i hur man får individen att ta itu med de riskfaktorer som kan förebyggas. Ett återkommande tema i resultatredovisningen var högriskindividens behov av stöd i livsstilsförändringen. Respondenterna anser

därmed att utveckling av stödjande nätverk skulle vara av stor betydelse. Respondenterna vill i utvecklingsarbetet fortsätta på denna linje och få ett bättre svar på frågeställning nummer 2; hur man kan utveckla rådgivningen.

## Litteratur

Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. (2007). Type 2 diabetes prevention in the “real world” – One year results of the GOAL implementation trial. *Diabetes Care*, (30), 10, 2465-2470.

Andersson, I. & Ejlerstsson, G. (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Brekke, H. K., Sunesson, Å., Axelsen, M. & Lenner, R. A. (2004). Attitudes and barriers to dietary advice aimed at reducing risk of type 2 diabetes in first-degree relatives of patients with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetic*, 17, 513-521.

Dalsgaard, E-M., Lauritzen, T., Christiansen, T., Mai, K.S., Borch-Johnsen, K. & Sandbæk, A. (2009). Socioeconomic factors related to attendance at a Type 2 diabetes screening programme. *Diabetic Medicine*, 26, 518-525.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Diabetesförbundet i Finland r.f. (2004). *DEHKO – Program för prevention och bättre vård av diabetes 2000–2010. Program för prevention av typ 2-diabetes 2003–2010*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Diabetesförbundet i Finland r.f. *Program för prevention och bättre vård av diabetes (DEHKO) – Resumé 2000-2010* [u.å.] [Online]  
[http://www.diabetes.fi/files/1098/Program\\_for\\_prevention\\_och\\_bättre\\_vård\\_av\\_diabetes\\_resume.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1098/Program_for_prevention_och_bättre_vård_av_diabetes_resume.pdf) (hämtat 20.4.2012).

Eriksson, K. (1988). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*.  
Stockholm: Natur och kultur.

Forskningsetiska delegationen (2002). *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. [Online]  
[http://www.tenk.fi/sv/god\\_vetenskaplig\\_praxis/Hyva\\_Tieteellinen\\_SVE.pdf](http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf) (hämtat 14.12.2011).

Fritz, T., Caidahl, K., Osler, M., Östenson, C.G., Zierath, J.R. & Wändell, P. (2011). Effects of Nordic walking on health-related quality of life in overweight individuals with Type 2 diabetes mellitus, impaired or normal glucose tolerance. *Diabetic Medicine*, 28, 1362-1372.

Färnkvist, L., Olofsson, N. & Weinehall, L. (2008). Did a health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 135-139.

Groop, L., Lyssenko, V. & Renström, E. (2010). Orsaker till typ 2-diabetes. Ingår i: Agardh, C-D. & Berne, C. *Diabetes*. Stockholm: Liber.

Hansen, E., Landstad, B., Hellzén, O. & Svebak, S. (2010). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 484-490.

Häkkinen, A., Kukka, A., Onatsu, T., Järvenpää, S., Heinonen, A., Kyröläinen, H., Tomas-Carus, P. & Kallinen, M. (2009). Health-related quality of life and physical activity in persons at high risk for type 2 diabetes. *Disability and Rehabilitation*, 31 (10), 799-805.

Ilanne-Parikka, P., Louheranta, A., Hämäläinen, H., Rastas, M., Salminen, V., Cepaitis, Z., Hakumäki, M., Kaikkonen, H., Härkänen, P., Sundvall, J., Tuomilehto, J. & Uusitupa, M. (2005). Physical Activity in the Prevention of Type 2 Diabetes – The Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes*, 54, 158-165.

Jaatinen, T. K.M. & Raudasoja, J. (2011). *Våra vanligaste sjukdomar*. Tammerfors: Utbildningsstyrelsen.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35, 244-249.

Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008). Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 455-462.

Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, (25), 977-984.

Kelasto-rapporter (2011). *Diabetes*. [Online]  
[http://raportit.kela.fi/ibi\\_apps/WFServlet?IBIF\\_ex=NIT084AL&YKIELI=R](http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT084AL&YKIELI=R) (hämtat 14.4.2012).

Korkikangas, E., Alahuhta, M., Husman, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laitinen, J. & Taanila, A. (2010a). Motivators and barriers to exercise among adults with a high

risk of type 2 diabetes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 62-69.

Korkiakangas, E., Alahuhta, M., Husman, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laitinen, J. & Taanila A. (2010b). Pedometer use among adults at high risk of type 2 diabetes, Finland, 2007-2008. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice and Policy*, 7 (2).

Korkiakangas, E., Taanila, A. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2010). Motivation to physical activity among adults with a high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu sub study of the Finnish Diabetes Prevention Program. *Health and Social Care in the Community*, 19, 15-22.

Laaksonen, D. E., Lindström, J., Lakka, T. A., Eriksson, J. G., Niskanen, L., Wikström, K., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Valle, T. T. & Lindholm, E. (2010). Definition, diagnostik och klassificering. Ingår i: Agardh, C-D. & Berne, C. (red.). *Diabetes*. Stockholm: Liber.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström, J., Absetz, P., Helmiö, K., Peltomäki, P. & Peltonen, M. (2010). Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity – efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland. *Public Health Nutrition*, 13 (6A), 993-999.

Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J., Helmiö, K., Hämäläinen, H., Härkönen, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Mannelin, M., Paturi, M., Sundvall, J., Valle, T., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up on the Finnish Diabetes Prevention Program. *Lancet*, 368, 1673-1679.

Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. (2003). DPS – lifestyle intervention and 3-year result on diet and physical activity. *Diabetes Care*, 26, 3230–3236.

Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J. G., Aunola, S., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. (2008). Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*, 31, 857-862.

Lindström, J. & Tuomilehto, J. (2003). The Diabetes Risk Score. A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes care*, 26 (3).

Mai, K. S., Sandbæk, A., Borch-Johnsen, K. & Lauritzen, T. (2007). Are lifestyle changes achieved after participation in a screening programme for Type2 diabetes? The ADDITION Study, Denmark. *Diabetic Medicine*, 24, 1121-1128.

Nilsen, V., Bakke P. S. & Gallefoss, F. (2011). Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus – results from a randomized, controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 893-901.

Norberg, M., Eriksson, J.W., Lindahl, B., Andersson, C., Rolandsson, O., Stenlund H. & Weinehall, L. (2006). A combination of HbA1c, fasting glucose and BMI is effective in screening for individuals at risk of future type 2 diabetes: OGTT is not needed. *Journal of Internal Medicine*, 260, 263-271.

Norcross, J., Krebs, B. & Prochaska, J. (2011). Stages of Change. *Journal of clinical psychology*, 67 (2).

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice (6th ed.)*. St.Louis: Mosby Inc.

Orth-Gomer, K. & Perski, A. (2008). *Preventiv medicin– Teori och praktik*. Pozkal: Studentlitteratur.

Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counseling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 206-210.

Rasmussen, S., Glümer, C., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Borch-Johnsen, K. (2008). General effect on high risk persons when general practitioners are trained in intensive treatment of type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 166-173.

Saaristo, T., Moilanen, L., Jokelainen, J., Oksa, H., Korpi-Hyövälti, E., Saltevo, J., Vanhala, M., Niskanen, L., Peltonen, M., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2010). Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. *Suomen Lääkärilehti*, 26–31.

Salminen, M., Kuoppamäki, M., Vahlberg, T., Räihä, I., Irjala, K. & Kivelä, S-L. (2012). Metabolic syndrome defined by modified International Diabetes Federation criteria and type 2 diabetes mellitus risk: A 9-year follow-up among the aged in Finland. *Diabetes & Vascular Disease Research*, 1-6.

Salopuro, T.M., Saaristo, T., Oksa, H., Puolijoki, H., Vanhala, M., Ebeling, T., Niskanen, L., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Peltonen, M. (2011). Population-level effects of the national diabetes prevention programme (FIN-D2D) on the body weight, the waist circumference, and the prevalence of obesity. *BMC Public Health*, 11 (350).



Statens folkhälsoinstitut (2012). *Förändring är en process*. [Online]  
<http://www.fhi.se/Handbocker/SOMRA/Forandring-ar-en-process/> (hämtat 13.10.2012).

Statens näringsdelegation (2005). *Finska näringsrekommendationer – kost och motion i balans*. [Online]  
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.swe.pdf> (hämtat 20.4.2012).

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2012). *Diabetes*. [Online]  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056> (hämtat 20.4.2012).

Suomen Diabetesliitto ry. *Tyypin 2 diabetes*. [u.å] [Online]  
[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_2/](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/) (hämtat 24.4.2012)

Östenson, C-G. (2010). Epidemiologi vid typ 2-diabetes och metabola syndromet.  
Ingår i: Agardh, C-D. & Berne, C. *Diabetes*. Stockholm: Liber.

## Bilaga 1: Resuméartikel

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. (2007).	Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World" – One Year Results of the GOAL Implementation Trial.	Syftet med studien är att utreda programmets effektivitet samt redogöra för fynd angående programmets utsträckning, efterlevnad och förverkligande.	De 352 deltagarna hade förhöjd risk för att insjukna i diabetes typ 2. Interventionen gick ut på sex stycken grupprådgivnings-tillfällen. Mätningar utfördes vid start och efter 12 månader. Kliniska faktorer mättes och "livsstilsresultat" analyserades från 3 dagars kostdagböcker.	Efter 12 månader uppnådde 20 % av deltagarna fyra av de fem "livsstilsresultaten". Mål för fysisk aktivitet och viktning uppnåddes mer sällan. Flera riskfaktorer minskade, fler hos män än hos kvinnor. Resultatet tyder på att livsstilsrådgivning är effektiv i grupp och anpassningsbar till "den riktiga världen".
Brekke, H. K., Sunesson, Å., Axelsen, M. & Lenner, R. A. (2004).	Attitudes and Barriers to Dietary Advice Aimed at Reducing Risk of Type 2 Diabetes in First-degree Relatives of Patients with Type 2 Diabetes.	Syftet med studien är att utvärdera attityder mot och godkännande av kostrådgivning hos icke-diabetiska släktingar i första ledet till patienter med typ 2 diabetes samt att utvärdera hinder för att följa råden.	Interventionsstudien pågick ett år och behandlingsgruppen (n=73) fick livsstilsundervisning. Genom enkäter undersöktes attityder mot kostråd, förändring i kostvanor och vikten av potentiella hinder för efterlevnad.	Deltagarna var i allmänhet för råd som gavs för att förbättra fettets kvalitet. Attityder mot rådet att minska sänka kostens GI varierade. Kostval förändrades i enlighet med fördefinierade mål för kosten. "Glömska", "låg förekomst i lunchrestaurang" och "brist på idéer vid matlagning" var hinder för efterlevnad.
Dalsgaard, E-M., Lauritzen, T., Christiansen, T., Mai, K.S., Borch-Johnsen, K. & Sandbæk, A. (2009).	Socioeconomic factors related to attendance at a Type 2 diabetes screening programme.	Undersöka sambandet mellan socioekonomiska faktorer och deltagande i ett screeningprogram för DM2.	Del av ADDITION-studien. Frågeformulär skickades ut till personer som man visste att inte hade diabetes. 4 603 deltagare i åldern 40-69 från Aarhus, Danmark, som erbjöds delta i	44 % av högriskgruppen deltog i den för dem tänkta screeningen. Deltagarna var sannolikare äldre, arbetslösa och bodde på landet än de som inte deltog. Högriskgruppen var mindre utbildad. Faktorer som inte hade någon betydelse var kön och civilstånd.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
			screeningprogrammet.	
Fritz, T., Caidahl, K., Osler, M., Östenson, C.G., Zierath, J.R. & Wändell, P. (2011).	Effects of Nordic walking on health-related quality of life in overweight individuals with Type 2 diabetes mellitus, impaired or normal glucose tolerance.	Bedöma om ökad daglig fysisk aktivitet i form av stavgång påverkar HRQOL hos överviktiga med normal eller försämrad glukostolerans eller DM2.	212 deltagare delades in i en kontrollgrupp som höll fast vid sin oförändrade livsstil och en motionsinterventionsgrupp som fick stavgå 5 timmar per vecka i över 4 månader. De fick rapportera själva om sin fysiska aktivitet och HRQOL i början av studien och efter 4 månader.	HRQOL och BMI förbättrades hos deltagarna med normal glukostolerans efter 4 månader med stavgång och hade lite eller ingen muskuloskeletal smärta jämfört med kontrollgruppen.
Färnkvist, L., Olofsson, N. & Weinehall, L. (2008).	Did a health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening.	Undersöka i vilken utsträckning deltagande i hälsoscreeningar med olika konstruktioner (med eller utan hälsosamtal) kan påverka kardiovaskulär sjukdom och diabetes mätt genom självrapporterad förekomst av dessa sjukdomar i en tvärsnittsstudie bland medelåldersmän med uppföljning efter 1 år.	År 2000 fick alla män födda 1934,1944 eller 1955 i Härnösand ett frågeformulär och blev kallade till en hälsogranskning. De flesta av männen antogs ha deltagit i HCIP år 1989. Frågeformuläret behandlade livsstil (alkohol, rökning, motion, kost, längd, vikt), förekomst av kardiovaskulär sjukdom eller diabetes samt högt blodtryck.	429 män deltog, varav 90 % bodde i Härnösand år 1989. 76 % av männen hade deltagit i hälsogranskning, 36 % påstod att de hade deltagit i HCIP. 17 personer rapporterade att de har DM. Av dessa personer hade 11 män fått DM sedan 1989. Män som hade deltagit i hälsogranskning som innehöll motiverande hälsosamtal hade lägre förekomst av CVD eller DM. Risken var dubbelt högre för de övriga deltagarna. Hälsogranskningar med strukturerade och motiverande hälsosamtal är effektivare än granskningar utan hälsosamtal =kan eventuellt förebygga DM.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Hansen, E., Landstad, B., Hellzén, O., Svebak, S. (2010).	Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance.	Identifiera faktorer som kunde ha betydelse för motivation till livsstilsförändring för att minska reducerad glukostolerans och därmed risken för att ha DM2.	18 personer i mellersta Norge deltog i studien som utgjordes av en intervju med fokus på livsstilen vad gäller struktur och rytm, fysisk hälsa, fysisk aktivitet och sociala relationer.	Deltagarna ändrade sina prioriteringar beträffande vardagslivet. Intervjuns resultat visade fyra områden av motiverande faktorer som har betydelse för livsstilsförändring. Deltagarna ansåg att den fysiska hälsan var av stor betydelse och var mycket motiverade till att förebygga sjukdomsutveckling genom att förbättra sin livsstil. Forskningen visade att bestående livsstilsförändringar tar tid.
Häkkinen, A., Kukka, A., Onatsu, T., Järvenpää, S., Heinonen, A., Kyröläinen, H., Tomas-Carus, P. & Kallinen, M. (2009).	Health-related quality of life and physical activity in persons at high risk for type 2 diabetes.	Jämföra HRQOL hos personer med hög risk för DM2 med resten av Finlands befolkning, samt att studera sambanden mellan fysisk aktivitet och HRQOL.	132 personer från mellersta Finland i åldern 26-73 år fyllde i ett frågeformulär.	Hos riskpersoner med allmänt sämre hälsa (lägre HRQOL), mera kroppslig smärta men bättre mental hälsa än övriga finländare. Fysisk inaktivitet sammankopplad med depression. Fysisk aktivitet ger högre HRQOL.
Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008).	Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes.	Syftet med studien är att analysera deltagarnas erfarenhet av livsstilsförändring under och efter en intervention för att ta reda på om individen självständigt klarar av att söka en hälsosammare livsstil eller är beroende av kontroll och stöd utifrån.	Studien är baserad på data som samlats in vid fokusgruppintervjuer. Interventionen hörde till GOAL-programmet och utfördes i Päijät-Häme-regionen i södra Finland.	Deltagarna hade en tvetydig hållning till det egna ansvaret. Individen sågs både som en självständig aktör och som ett objekt som är beroende av interventioner. För merparten av deltagarna sågs livsstilsförändringen som en konstant kamp och inblandning utifrån kunde fungera som ett kontinuerligt stödsystem.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007).	The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses.	Syftet med studien är att undersöka läkares och sjukskötares syn på patientens och den professionelles roll i hanterandet av livsstilsjukdomar och deras riskfaktorer.	Enkätstudie som fokuserade på bland annat övervikt, dyslipidemi, högt blodtryck och diabetes typ 2. Undersökningen utfördes vid hälsovårdscentraler i Päijät-Häme sjukvårdsdistrikt, Finland. Deltagarna var läkare och sjuksköterskor som jobbade inom primär hälsovård (n=220).	Det största hindret till förändring ansågs vara patientens ovilja till förändring. Okunskap var mera sällan sedd som ett hinder. Egenvård uppmuntrades. 1/2 ansåg sig ha tillräckliga färdigheter för att ge livsstilsrådgivning, sjukskötare med mindre professionell erfarenhet ansåg sig ha bättre kapacitet än övriga sjukskötare. 2/3 ansåg att de har hjälpt många människor att förändras.
Korkiakangas, E., Alahuhta, M., Husman, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A. & Laitinen, J. (2010).	Pedometer use among adults at high risk of type 2 diabetes, Finland, 2007-2008.	Beskriva upplevelsorna hos deltagarna med hög risk för DM2 som började använda stegräknare.	74 personer deltog under sex månader i grupprådgivning. Enkäter, temaintervjuer och videoinspelningar från rådgivningstillfällena analyserades.	Stegräknare är användbara för att öka fysisk aktivitet och motivationen för att röra på sig. Negativa aspekter av användning av stegräknare är teknikproblem och att rekommendationen för hur många steg per dag som är minimum var för hög.
Korkikangas, E., Alahuhta, M., Husman, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A. & Laitinen, J. (2011).	Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study.	Syftet med studien är att beskriva motivationsfaktorer och hinder för motion hos vuxna med hög risk att insjukna i typ 2 diabetes.	Den kvalitativa informationen hämtades från videoinspelningar av rådgivningstillfällena i grupp och analyserades genom innehållsanalys. 74 deltagare med hög risk för diabetes deltog.	Njutning av motion, sociala relationer relaterade till motion, uppmuntran, hälsofördelar och målet för viktkontroll motiverade deltagarna till att motionera. Önskan att umgås med aktiva personer, beundran av aktiva vänner och viljan att fungera som förebild visade på motionens värde. Hindren var väder/säsong, hälsoproblem, tidsbrist, arbetsrelaterade faktorer och brist på intresse.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Korkikangas, E., Taanila, A. & Keinänen- Kiukaanniemi, S. (2011).	Motivation to physical activity among adults with a high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu sub study of the Finnish Diabetes Prevention Program.	Syftet med studien är att beskriva motivationsfaktorer och hinder för motion hos individer med hög risk att insjukna i typ 2 diabetes och att överväga om faktorerna förändrades under uppföljningen åren 2003-2008.	Enkätstudie med öppna frågor genomfördes två gånger; åren 2003 och 2008. Analysen skedde genom induktiv innehållsanalys.	Motivationsfaktorerna var bland annat viktkontroll och känslan av fysiskt och psykiskt välmående. Dessutom var sociala förhållanden relaterade till motion en motiverande. Studien visar att regelbunden rådgivning är viktigt för att främja motion hos äldre personer och att motivationsfaktorerna till motion hos äldre stärks av positiva erfarenheter.
Laaksonen, D. E., Lindström, J., Lakka, T. A., Eriksson, J. G., Niskanen, L., Wikström, K., Aunola, S., Keinänen- Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Valle, T. T., Ilanne- Parikkam P., Louheranta, A., Hämäläinen, H., Rastas, M., Salminen, V.,	Physical Activity in the Prevention of Type 2 Diabetes – The Finnish Diabetes Prevention Study.	Studien vill undersöka om LTPA kan förebygga diabetes. LTPA = Leisure time physical activity = Fysisk aktivitet på fritiden.	Deltagarna hörde till det finska diabetespreventionsprogrammet och hade diagnostiserats med försämrad glukostolerans. Deltagarna delades in i en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp. Interventionsgruppen fick råd om hur de skulle uppnå målen för interventionen, dvs. att motionera minst 30 minuter per dag, minska minst 5 % i vikt samt att förbättra kosten. Uthållighetsträning och promenader rekommenderades. Kontrollgruppen fick allmän skriftlig information om motion	Deltagarna som ökade moderat till kraftig LTPA eller ansträngning mest var 65-65& mindre troliga att utveckla diabetes. Lågintensiv motion och promenader gav också fördelar jämförbara med den totala förändringen i LTPA.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Cepaitis, Z., Hakumäki, M., Kaikkonen, H., Härkänen, P., Sundvall, J., Tuomilehto, J. & Uusitupa, M. (2005).			och diet.	
Lindström, J., Absetz, P., Helmiö, K., Peltomäki, P. & Peltonen, M. (2010).	Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity – efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland.	Jämföra olika preventionsprogram för DM2 i Finland med DPS-studien.	Presentation av klinisk evidens för prevention av DM2 mha tre finska preventionsprogram: FIN-D2D, FINNAIR och GOAL.	Det är möjligt att hitta personer i riskzonen för DM2 med programmen. Det krävs samarbete inom hela samhället för att väcka medvetenhet om livsstilsförändringar.
Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J. G., Aunola, S., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Uusitupa, M. &	Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Program.	Syftet med studien är att undersöka om och till vilken utsträckning riskfaktorerna (mätta med FINDRISC, Finnish Diabetes Risk Score) för typ 2 diabetes och andra egenskaper hos deltagarna vid starten påverkade	Frivilliga, överviktiga, medelålders personer med försämrad glukostolerans delades in i en interventionsgrupp (n=265) och en kontrollgrupp (n=257). Studien pågick i fyra år och diabetesstatustester utfördes årligen. Interaktioner mellan interventions uppdraget och	Interventionen var mest effektiv hos äldre individer och de med högt FINDRISC vid start. Effekten av interventionen påverkades inte av andra egenskaper eller riskfaktorer som deltagarna hade från start.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Tuomilehto, J. (2008).		effektiviteten av livsstilsinterventionen.	riskfaktorernas egenskaper vid start analyserades.	
Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. (2003).	DPS – lifestyle intervention and 3-year result on diet and physical activity.	Syftet med studien är att beskriva interventionen som användes i det finska diabetespreventionsprogrammet, kort- och långsiktiga förändringar i kost- och motionsbeteende, samt effekten av interventionen på glukos- och lipidmetabolismen.	552 överviktiga, medelålders personer med IGT deltog. Kontrollgruppen fick allmänna kost- och motionsråd vid starten och gick på årliga läkarkontroller. Interventionsgruppen fick dessutom individuell kostrådgivning av en näringsterapeut samt blev erbjudna mera motionsråd.	Interventionsgruppen visade på större förbättringar för alla mål inom interventionen. Viktminskningen efter ett år var 4,5 kg och 3,5 kg efter tre år i interventionsgruppen. Samma siffror för kontrollgruppen var 1,0 kg och 0,9 kg. Glukos- och lipidnivåerna förbättrades mera hos interventionsgruppens deltagare. Intensiva livsstilsinterventioner gav förbättringar över tid.
Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J., Hemiö, K., Hämäläinen, H., Härkönen, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Mannelin, M., Paturi, M., Sundvall, J., Valle, T.,	Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up on the Finnish Diabetes Prevention Program.	Syftet med studien är att undersöka till vilken utsträckning redan uppnådd livsstilsförändring och riskreduktion består efter avslutandet av aktiv rådgivning.	Överviktiga män och kvinnor med försämrad glukostolerans delades in i en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp slumpmässigt. Efter en period på fyra år med aktiv rådgivning fortsatte man följa upp de deltagare som ej utvecklat diabetes i tre år till. Förekomst av diabetes, vikten, fysiska aktiviteten och kostens innehåll av fett, mättat fett och fiber mättes.	Livsstilsinterventionen hos personer med risk för typ två diabetes resulterade i en bestående förändring i livsstil och en reduktion av insjuknande i diabetes. Förändringen höll i sig efter att den individuella livsstilsrådgivningen avslutades.



FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. (2006).				
Mai, K. S., Sandbæk, A., Borch-Johnsen, K. & Lauritzen, T. (2007).	Are lifestyle changes achieved after participation in a screening programme for Type2 diabetes? The ADDITION Study, Denmark.	Undersöka vilken effekt ett stegvist screeningprogram för diabetes kan ha på hälsorelaterad livsstil.	Frågeformulär. 744 deltagare i åldern 40-69 år. Endast personer med hög risk för DM2 inkluderades. Uppföljning efter 12 månader. Jämförelse mellan de som hade normala och onormala resultat.	Flera med normala resultat slutade röka medan den andra gruppen minskade det dagliga antalet cigaretter. De med normala resultat ökade sin fysiska aktivitet mera. Inga skillnader i alkoholintag. De med onormala resultat började leva hälsosammare gällande frukt- o grönsaksintag. Förändringarna till det bättre vägs dock upp av den stora andel som inte har förändrat sin livsstil.
Nilsen, V., Bakke, P. S. & Gallefoss, F. (2011).	Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus – results from a randomized, controlled trial.	Syftet med studien är att utvärdera effekten av låg-intensiv individuell livsstils intervention utförd av en läkare och att jämföra detta med samma läkarintervention kombinerad med gruppintervention.	FINDRISC användes för att hitta personer med hög risk för diabetes typ 2. Deltagarna delades slumpmässigt in i grupperna. Tiden för uppföljning var 18 månader.	Gruppinterventionen gav inga ytterligare effekter.
Norberg, M., Eriksson, J.W., Lindahl, B., Andersson, C.,	A combination of HbA1c, fasting glucose and BMI is effective in screening	Identifiera en screeningmodell som kan förutsäga en hög risk för framtida DM2 samt som är	Jämförelse av screeningmetoder. Personer inom primärhälsovården i Umeå deltog i hälsoundersökningen, totalt 33 336	En kombination av HbA1c, fasteglukos och BMI är den bästa screeningsmetoden för att hitta personer i riskzonen för ett framtida insjuknande i DM2.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Rolandsson, O., Stenlund, H. & Weinehall, L. (2006).	for individuals at risk of future type 2 diabetes: OGTT is not needed.	användbar i klinisk praxis.	personer. Även personer inom sjukhusvården eller primärvården med diagnosticerad DM2 deltog, 6 088 personer totalt.	
Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. (2006).	Dietary and physical activity counseling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland.	Syftet med studien är att undersöka initiativtagandet till kost- och motionsrådgivning, de argument som används i diskussionen mellan sjukskötare och patient samt läkare och patient.	Studiens data omfattade 129 videoinspelade rådgivningstillfällen mellan 17 patienter och deras läkare och sjuksköterskor. Materialet analyserades genom innehållsanalys.	Tiden som sattes på kost- och motionsrådgivning var kort. Diskussionen bestod främst av korta frågor med lite feedback från båda sidor. Rådgivarna misslyckades med att betona vikten av att minska intag av fett samt vikten av att öka den fysiska aktiviteten. Trots att patienten tog upp faktorer som verkade motiverande eller som minskade på motivationen för fysisk aktivitet så fortsatte de professionella inte diskussionen.
Rasmussen, S., Glümer, C., Sandbæk, A., Lauritzen T. & Borch-Johnsen, K. (2008).	General effect on high risk persons when general practitioners are trained in intensive treatment of type 2 diabetes.	Syftet med studien är att undersöka om utbildande av allmänläkare i intensiva livsstilsinterventioner och läkemedelsbehandling av patienter med typ 2 diabetes har en sekundär effekt på patienter med ett försämrat fasteglukosvärde (IFG) eller försämrad glukostolerans (IGT).	Läkarna delades in i två grupper. Båda grupperna fick undervisning i sällningsteknik. Den ena gruppen gav standardbehandling, medan den andra gruppen tränades i behandling av nyligen diagnostiserade typ 2-diabetiker. Hälften av den andra gruppen tränades dessutom i motiverande samtal. Patienter med IGT och IFG som besökte läkarna deltog i en uppföljning.	Träningen av läkarna hade ingen signifikant effekt på patienter med de pre-diabetiska tillstånden.

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Saaristo, T., Moilanen, L., Jokelainen, J., Oksa, H., Korpi-Hyövälti, E., Saltevo, J., Vanhala, M., Niskanen, L., Peltonen, M., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2010).	Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin.	Presentera resultaten från diabetesriskbedömningen och tidigt ingripande i fall där det var stor diabetesrisk samt faktorer för hjärt- och kärlsjukdomar.	Mha. riskbedömningstest och förhandsuppgifter hittades personer med hög DM2-risk. De erbjöds en hälsogranskning där man tog reda på levnadsvanor som ökar risken för DM2, riskfaktorer för kärlsjukdomar samt gjorde ett två timmars oralt glukosbelastningstest. Alla erbjöds möjlighet att delta i hälsorådgivning med uppföljningsbesök.	52 % av männen respektive 61 % av kvinnorna (totalt 10 149 personer) som deltog i D2D led av fetma. Avvikande glukosmetabolism dvs. förhöjda värden förekom hos 68 % av männen och 49 % av kvinnorna. 38,2 % deltog i uppföljningen ett år senare. Diabetesrisken sjönk hos 69 % av deltagarna med minst 5 % i jämförelse med de personer vars vikt inte förändrades.
Salminen, M., Kuoppamäki, M., Vahlberg, T., Räihä, I., Irjala, K. & Kivelä, S-L. (2012).	Metabolic syndrome defined by modified International Diabetes Federation criteria and type 2 diabetes mellitus risk: A 9-year follow-up among the aged in Finland.	Analysera sambandet mellan metabolt syndrom och DM2 hos de äldre.	Del av en longitudinell epidemiologisk studie i sydvästra Finland. Alla i Lieto kommun, 64 år eller äldre, inkluderades (n=1117). En riskbedömning för DM2 utgående från metabolt syndrom gjordes.	6,2 % hade utvecklat DM2 efter den nioåriga uppföljningen. DM2 var vanligare hos dem som hade metabolt syndrom. De faktorer som hade störst betydelse för DM2-utveckling inom metabolt syndrom var försämrat fastglukos och fetma. Metabolt syndrom kan förutsäga insjuknande i DM2 även senare i livet. Ett försämrat fastglukosvärde och fetma bör uppmärksammas i primärpreventionen för diabetes hos äldre med metabolt syndrom.
Salopuro, T.M., Saaristo, T., Oksa,	Population-level effects of the	Undersöka effekterna av FIN-D2D på fetma,	Statistisk analys med SPSS av förändringar i förekomst av fetma,	Vikten ↓ hos männen i FIN D2D-området. BMI ↓ hos män och kvinnor i

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	TITEL	SYFTE	METOD	RESULTAT
H., Puolijoki, H., Vanhala, M., Ebeling, T., Niskanen, L., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Peltonen, M. (2011).	national diabetes prevention programme (FIN-D2D) on the body weight, the waist circumference, and the prevalence of obesity.	övervikt och bukfetma hos 45–75-åriga finska män och invånare i fyra övriga geografiska områden som inte deltog i FIN D2D.	övervikt och bukfetma hos ett sampel av 45–74-åringar inom FIN-D2D och en kontrollgrupp som deltagit i FINRISK studien. Observationsperiod 3-5 år.	kontrollgruppen. Lägre vikt hos kvinnor i kontrollgruppen, ingen skillnad hos kvinnorna i FIN-D2D. Prevalens för dödlig fetma högst bland kvinnor i kontrollgruppen. Högre midjemått hos kvinnor i FIN-D2D, ökade i kontrollgruppen men oförändrat i FIN-D2D. Hos män i båda grupperna oförändrat.
Tuomilehto, H., Peltonen, M., Pertinen, M., Lavigne, G., Eriksson, J. G., Herder, C., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Ilanne-Parikka, P., Uusitupa, M., Tuomilehto, J. & Lindström J. (2009).	Sleep Duration, Lifestyle Intervention, and Incidence of Type 2 Diabetes in Impaired Glucose Tolerance – The Finnish Diabetes Prevention Study.	Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan sömnens längd och typ 2 diabetes efter livsstilsintervention hos överviktiga individer med försämrad glukostolerans I ett 7-års perspektiv.	Deltagarna delades in i en intensiv diet- och motionsrådgivningsgrupp eller i en kontrollgrupp. Förekomsten av diabetes under uppföljningen jämfördes med antalet sovtimmar vid start. Sömnens längd mättes under en 24-timmars period. Fysisk aktivitet, kost, kroppsvikt och immunmediatorer (CRP och interleukin-6) mättes.	Mycket sömn hade samband med ökad risk för typ 2 diabetes. Livsstilsintervention med mål för viktreduktion, hälsosammare kost och ökad fysisk aktivitet kan något minska risken.

## **Utvecklingsarbete:**

### **Från tanke till handling**

#### **Hur hälsovårdaren kan stöda individen i kampen mot diabetes typ 2**

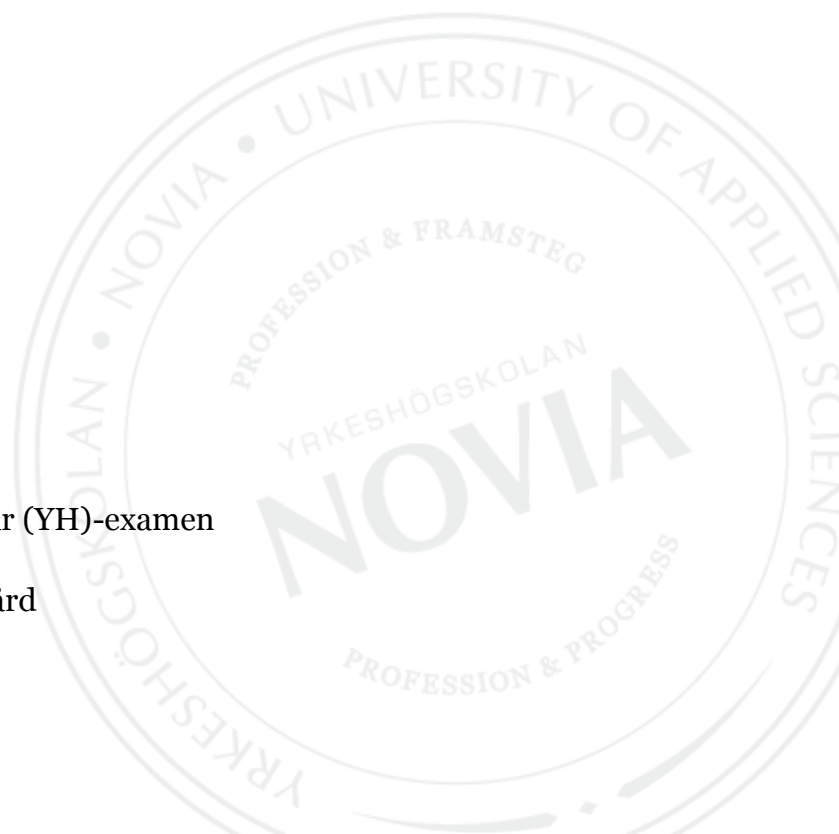
Liljeqvist Sandra

Mattsson Hanna

Examensarbete för hälsovårdar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



## UTVECKLINGSARBETE I HÄLSOVÅRDSKUNSKAP

Författare: Sandra Liljeqvist och  
Hanna Mattsson

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Från tanke till handling - Hur hälsovårdaren kan stöda individen i kampen mot diabetes typ 2

---

Datum: Våren 2013

Sidantal: 34

Bilagor: 1

---

### Sammanfattning

Syftet med utvecklingsarbetet var att studera hur hälsovårdaren kan hjälpa och stöda individen, som riskerar att insjukna i diabetes typ 2, i förändringen. Frågorna som respondenterna sökte svar på var: ”vilken betydelse har hälsosamtalet för livsstilsförändringen?” och ”hur kan man använda patientens egna resurser för att åstadkomma en förändring?”.

Utvecklingsarbetet förverkligades som en litteraturstudie och resultatet analyserades genom induktiv innehållsanalys. Resultatet tolkades mot den teoretiska referensramen om motivation, motiverande samtal samt den transteoretiska modellen av Prochaska och Di Clemente.

Resultatet för utvecklingsarbetet visade att motiverande samtal är en användbar metod för att minska risken för typ 2-diabetes hos högriskindividen. Motivationen är en central del i att uppnå en bestående förändring. Det är viktigt att utgå från den enskilda individens behov och beakta individens motivationsnivå. Möjligheten till utveckling är beroende av att patienten inser sitt ansvar för den egna hälsan och att möjlighet till förändring ligger hos individen själv. Tilltron till den egna förmågan att kunna utföra förändringen är central och bland annat tidigare erfarenheter och självförtroende påverkar. Att känna kontroll över en situation är betydelsefullt för att uppleva motivation. Det sociala stödet är viktigt för den som genomgår en förändring. Förändringen är en process som kräver underhållning.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Diabetes mellitus typ 2, förebygga, rådgivningsarbete, motivation, hälsosamtal

---

## **EXPERT KNOWLEDGE IN PUBLIC HEALTH NURSING**

Authors: Sandra Liljeqvist and  
Hanna Mattsson  
Degree Programme: Nursing, Vaasa  
Specialization: Public Health Care  
Supervisors: Marie Hjortell

Title: From intention to action – how the public health nurse can support the individual in the battle against type 2 diabetes

---

Date: Spring 2013

Number of pages: 34

Appendices: 1

---

### **Summary**

The aim of this expert knowledge study was to examine how the public health nurse can help and support an individual at high risk of developing type 2 diabetes in a lifestyle change. The questions that the respondents sought to answer were: How important is the health conversation for lifestyle change? How can we use the patient's own resources to make a difference?

This expert knowledge study was realized as a literature study and the results were analyzed through inductive content analysis. The results were interpreted against the theoretical premises of motivation, motivational interviewing and the transtheoretical model of Prochaska and Di Clemente.

The result of the study showed that motivational interviewing is useful for reducing the risk of type 2 diabetes in high risk individuals. Motivation is a key element in achieving long-term change. Starting with the individual's needs as a basis and taking into account the individual's level of motivation are important. The possibility of development depends on the patients' ability to recognize their responsibility for their own health and that the opportunity for change lies within the individual him/herself. Confidence in one's own ability to perform the change is essential and previous experience and self-confidence are of great importance. The feeling of being in control is important for experiencing motivation. Social support is important for anyone going through change. Change is a process that requires maintenance.

---

Language: Swedish

Key words: diabetes mellitus type 2, prevent, counseling, motivation, health conversation

---

# Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställningar	2
3 Teoretiska utgångspunkter	2
3.1 Motivation .....	2
3.1.1 Motiv .....	3
3.1.2 Yttre och inre motivation.....	3
3.1.3 Kompetens .....	4
3.1.4 Kontroll.....	4
3.1.5 Frivillighet .....	5
3.2 Motiverande samtal .....	5
4 Processbeskrivning	7
5 Resultatredovisning	8
5.1 Samtal.....	8
5.1.1 Hälsosamtalet .....	8
5.1.2 Tillämpning av motiverande samtal enligt hälsoprofessionella9	
5.1.3 Motiverande samtal ur patientens synvinkel .....	9
5.1.4 Motiverande samtal och diabetesrisk .....	9
5.2 Personlig utveckling.....	10
5.2.1 Förändring som en process.....	10
5.2.2 Självbild.....	11
5.2.3 Tilltro till den egna förmågan och engagemang.....	12
5.2.4 Reflektion .....	13
5.2.5 Utveckling av strategier för förändring och upprätthållande	14
5.3 Motivation som redskap för förändring .....	14
5.3.1 Sjukdomsrelaterade motivationsfaktorer.....	15
5.3.2 Förhållningssätt till förändring .....	15
5.3.3 Hälsa och yttre faktorer .....	15



5.4 Stödets betydelse för livsstilsförändring .....	16
5.4.1 Gruppverksamhet som stöd .....	16
5.4.2 Professionellas stöd .....	16
5.4.3 Rådgivning som stöd .....	17
5.4.4 Stöd för bevarande av förändring .....	17
5.5 Faktorer som motverkar förändring .....	18
5.5.1 Individuella fysiska faktorer .....	18
5.5.2 Psykiska .....	18
5.5.3 Livssituation .....	19
5.5.4 Tid .....	19
5.5.5 Bristande kunskap .....	19
5.5.6 Miljö .....	20
5.5.7 Ekonomiska .....	20
5.5.8 Sociala .....	20
6 Tolkning .....	21
6.1 Samtalet som kan få hjulet att rulla .....	21
6.2 Hjulets rörelse i rätt riktning styrs av den som rullar det .....	23
6.3 Drivkraften behövs för att ta sig framåt .....	26
6.4 Hjälp med att rulla hjulet och hålla det rullande .....	27
6.5 Vilka är käpparna som sätts i hjulet? .....	28
7 Kritisk granskning och diskussion .....	30
Litteratur	
Bilaga 1: Resuméartikel	

# 1 Inledning

Utvecklingsarbetet är en fortsättning på examensarbetet: Livsstilsförändring i kampen mot diabetes typ 2 - En litteraturstudie om primärprevention (Liljeqvist & Mattsson, 2012). I examensarbetet framkom det av resultatet att livsstilsförändring är en viktig del av preventionen samt att individen som riskerar att insjukna i diabetes typ 2, själv är ansvarig för sin förändring. Stöd och sociala interaktioner visade sig vara betydelsefulla för att åstadkomma en förändring av livsstilen. Hälsoprofessionella kan hjälpa patienten genom att informera, motivera och ge stöd. Enligt ny forskning är livsstilsinterventioner effektiva för att reducera riskerna för diabetes typ 2.

*”Ty jag förstår inte mitt sätt att handla.*

*Det jag vill, det gör jag inte, men det jag avskyr, det gör jag.”*

Rom. 7:15 (Bibeln, 2001).

Citatet beskriver upplevelsen av att beteendet inte stämmer överens med det man vet att man borde göra. Trots kunskap om hur en hälsosam livsstil ser ut fortsätter man enligt gamla mönster. Hur väcks individens motivation till en förändring och hur bevaras den? Detta utvecklingsarbete, som fördjupar en tidigare frågeställning i examensarbetet, är ett försök att få ett svar på hur man får individen att finna den motivation som behövs för livsstilsförändring, i detta fall för att förebygga diabetes typ 2. Med hälsovårdarens arbete som utgångspunkt vill respondenterna försöka ta reda på hur hälsovårdaren kan stöda patientens motivation till förändring.

## 2 Syfte och frågeställningar

I examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012) kom respondenterna fram till att patienten i riskzon för insjuknande i diabetes typ 2 är i behov av stöd för att åstadkomma en livsstilsförändring. Som hälsovårdare har man en möjlighet att stöda patienten i förändringen. Riskfaktorerna för typ 2-diabetes är kända och förebyggandet fokuserar på att motverka de riskfaktorer som är livsstilsrelaterade. Av den orsaken är det centralt att studera hur man kan motivera individen att ta itu med de riskfaktorer som kan förebyggas genom livsstilsförändring.

Syftet med detta utvecklingsarbete är att genom en litteraturstudie studera hur hälsovårdaren kan hjälpa och stöda högriskindividen i förändringen.

Frågeställningar:

1. Vilken betydelse har hälsosamtalet för livsstilsförändringen?
2. Hur kan man använda patientens egna resurser för att åstadkomma en förändring?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

I examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012) beskrevs diabetes mellitus typ 2, riskfaktorer och prevention i den teoretiska bakgrunden. Den teoretiska referensramen utgjordes av vårdandets ontologiska element, egenvård och den transteoretiska modellen. I detta kapitel kompletteras och utvidgas den teoretiska utgångspunkten med begreppen motiverande samtal och motivation. Denna utvidgning behövs för att läsaren ska få en bättre förståelse för resultatredovisningen och tolkningen. Tillsammans med den transteoretiska modellen kommer resultatet att tolkas mot utvecklingsarbetets teoretiska bakgrund.

### 3.1 Motivation

Det latinska ordet *movere*, som termen motivation kommer ifrån, betyder att sätta i rörelse (Kostenius & Lindqvist, 2006, 166). För att försöka förklara, beskriva och

förutsäga människors beteende använder man begreppet motivation (Josefsson & Lindwall, 2010, 207). Motivation hos en individ skulle också kunna förklaras som den kraft som driver individen framåt mot ett mål i beteendeförändringen. Motivation sågs tidigare som en del av en individs personlighet, en del ansågs ha mycket motivation medan andra var svårmotiverade. Motivation som en ständigt pågående process är ett modernare sätt att se på begreppet. Motivationen varierar och tidpunkten och situationen påverkar graden av villighet att förändra ett beteende. Detta dynamiska synsätt innebär att motivationen går att påverka i båda riktningar (Orth- Gomer & Perski, 2008, 136-137). Det finns flera teoretiska modeller för motivation och beteendeförändring. Dessa teorier kan vara användbara i praktiken trots att de består av förenklingar av verkligheten. Att få individer att på lång sikt förändra sin livsstil är en utmaning men genom att hantera modellerna på rätt sätt kan de användas för att hjälpa och stöda de professionella i arbetet med individer som står inför livsstilsförändring (Josefsson & Lindwall, 2010, 208).

### 3.1.1 Motiv

Vad individen bestämmer sig för att göra, hur ofta och hur länge styrs av motivationen. En enskild faktor reglerar inte handlingen, utan människan upplever en rad olika motiv för att påbörja och upprätthålla ett beteende. Olika grupper av människor kan ha olika motiv och motiven kan variera mellan individerna inom gruppen. Av den orsaken är det viktigt med individbaserat arbete vid motiverande och främjande av ett hälsobeteende. Motiven som motiverar till en handling förändras också med tiden och anledningen till att man börjar med ett beteende är inte nödvändigtvis orsaken till att man fortsätter med beteendet (Josefsson & Lindwall, 2010, 207-208).

### 3.1.2 Yttre och inre motivation

Majoriteten av människans beteenden styrs inte av inre motivation och en central fråga är hur individen motiverar sig till att utföra handlingar som inte är styrda av den sortens motivation. Yttre motivation delas in i stadier som går från kontrollerande till mera självbestämmande. Ju närmare motivationsstadiet är inre motivation och självbestämmande, desto troligare är det att ett beteende eller en prestation upprätthålls på lång sikt. Individens motivation kan variera från ovilja att engagera sig (amotivation) till passivt deltagande trots motvilja (yttre motivation)

och slutligen till frivilligt, aktivt och självbestämmande engagemang (inre motivation). Att känna social tillhörighet är ett medfött grundläggande psykologiskt behov. Om de grundläggande behoven uppfylls ökar sannolikheten för självbestämmande och inre motivation (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

### 3.1.3 Kompetens

Kompetensen, att individen kan själv och känner sig duktig, är en viktig grund för motivation. Att klara av en uppgift här och nu, speciellt inom ett område som känns viktigt för individen, är viktigt genom hela livet. Kompetensen räknas också som ett grundläggande psykologiskt behov som kan öka den inre motivationen om det uppfylls. Att den upplevda kompetensen hos människan kan påverkas av miljön genom feedback och kommunikation och att detta i sin tur också kan påverka den inre motivationen är en viktig utgångspunkt (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

Ett begrepp som används inom psykologin är självkompetens (self-efficacy). Självkompetens kan förklaras som tilltron till den egna förmågan att utföra något vid en bestämd situation och att det leder till önskat resultat. Egen erfarenhet och observation av andras beteende leder till individens inlärda tankemönster för självkompetens. Det finns några nyckelbegrepp som i stor utsträckning sägs påverka om en aktivitet blir utförd eller inte. Dessa är förväntningar på självkompetensen, förväntningar på utfallet av aktiviteten (outcome expectations) och värdet på utfallet (Outcomevalue). Förväntningar på utfallet kan förklaras som tilltron till att ett beteende leder till ett önskat resultat. Begreppet innebär en övervägning av fördelar och nackdelar med att upprätthålla ett beteende. Värdet på utfallet utforskar vikten av att uppnå det önskade resultatet (Josefsson & Lindwall, 2010, 211-215).

### 3.1.4 Kontroll

Individens behov av att kontrollera en situation ligger som grund för motivationen enligt flera motivationsteorier. Den uppfattning som individen har om hur mycket hon själv kan kontrollera ett beteende påverkar utförandet av aktiviteten (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). Individen kontrollerar beteendet och utförandet föregås med kognitiv aktivitet vilket innebär att individen reflekterar över sig själv och reglerar sitt beteende samt miljön runt sig. Det pågår ett kontinuerligt samspel mellan

händelser i miljön, individens personliga faktorer och beteendet (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215)

### 3.1.5 Frivillighet

Ett krav för att den inre motivationen ska kunna öka är upplevelsen av frivillighet. Självbestämmande (autonomi) och frivillighet är grundläggande psykologiska behov för motivation. Ett beteende som kommer från inre motivation kan börja upplevas som påtvingat om yttre belöningar tillförs för att motivera beteendet. Detta beror på att frivillighet inte längre upplevs (Josefsson & Lindwall, 2010, 211-212). Inre motivation innebär att individen frivilligt söker nya utmaningar och ny kunskap. När det finns inre motivation känner människan att hon har ett val och att hon själv bestämmer över beteendet. Motivationens kvalitet i olika situationer och miljöns påverkan kan variera. Om miljön uppfattas som kontrollerande och begränsande kan denna motivation avta (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

## 3.2 Motiverande samtal

Motiverande samtal, eller motivational interviewing (MI) är en samtalsmetod utvecklad av William Miller och Stephen Rollnick. Metoden har tillämpats på många områden inom beteendeförändring. MI används för att höja en persons motivation till förändring genom att utreda och lösa tveksamhet som kan finnas, ambivalens. Metoden grundar sig på samarbete mellan rådgivaren och klienten och fokuserar på personens intressen och problem. Som rådgivare använder man MI till att framkalla tankar på förändring och förstärker dessa tankar (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53).

Det centrala i MI är att låta patienten leda sig själv in i en beteendeförändring. Genom MI framkallar man patientens egna idéer om förändringen och hur den skall genomföras. Man vill främst identifiera problemet, det vill säga orsaken till att man vill åstadkomma en förändring, och sedan fortsätta att gå framåt i förändringens olika stadier. Dock kan patienten också hamna i ett tillstånd av icke-förändring eftersom förändringsprat kan föra patienten både framåt mot en förändring och bort från en förändring. Att använda sig av öppna frågor är en metod inom MI som används för

att låta patienten sätta ord på sitt förändringstänkande (Farbring, 2010, 53; Miller & Rollnick, 2010, 66-74).

De finns fyra principer i MI. Den första är att uttrycka empati. Ett klientcentrerat och empatiskt arbetssätt är en av byggstenarna i MI. Man skall sträva efter att försöka förstå patientens situation utan att döma, kritisera eller skuldbelägga. Detta brukar även kallas acceptans, ett begrepp inom MI som inte bör missförstås som att hålla med eller uttrycka gillande. Trots att man som rådgivare bör visa acceptans betyder det inte att man inte får ha andra åsikter än sin patient. Acceptans gör människor mera villiga att förändra sig i jämförelse med om man försöker säga hur personen borde göra (Miller & Rollnick, 2010, 66-74).

Den andra principen är att utveckla diskrepans. Diskrepans betyder störande brist på överensstämmelse, till exempel mellan syfte och metod (Nationalencyklopedin, 2013). Med andra ord handlar denna princip om att öka diskrepansen mellan patientens önskemål och dennes verklighet, alltså åstadkomma en rörelse mot förändring. Patienten bör själv uttala sina tankar om förändringen och det är diskrepansen som motiverar till förändring (Miller & Rollnick, 2010, 66-74).

Den tredje principen är att rulla med motstånd. Termen har sitt ursprung i de japanska kampsporterna där man använder sin motståndares krafter till sin egen fördel. Detta har att göra med det motstånd som kan väckas hos patienten när man som rådgivare talar för en förändring. Kort sagt handlar denna princip om att patienten aktivt involveras i problemlösningen istället för att man som rådgivare ger färdiga lösningar och argumenterar för förändring (Miller & Rollnick, 2010, 66-74).

Den fjärde principen är att stöda självkompetens. Med självkompetens menas patientens tro på den egna förmågan att lyckas. Självkompetens är en viktig faktor när man pratar om motivation, eftersom den ganska bra antyder hur patienten kommer att lyckas med det som denne vill åstadkomma (Miller & Rollnick, 2010, 66-74).

## 4 Processbeskrivning

Utvecklingsarbetet utfördes som en litteraturstudie som fördjupar frågeställning nummer två i examensarbetet, hur man med hjälp av ny forskning kan utveckla rådgivningen till patienter i riskzonen för diabetes typ 2 (Liljeqvist & Mattsson, 2012). Då det i examensarbetets resultatredovisning framkom att högriskpatienten behöver stöd och uppmuntran i livsstilsförändringen valde respondenterna att studera vilken betydelse hälsosamtal har för livsstilsförändring och hur man kan använda patientens egna resurser för att åstadkomma en förändring. En ny litteratursökning och innehållsanalys gjordes.

Litteratursökningen gjordes i databaserna AcademicSearchElite (Ebsco), Cinahl (Ebsco) PubMed och Springer Link. Sökorden som användes var: behavior, behavior change, counselling, diabetes, diabetes type 2, health behavior, motivation, motivational interviewing, prevention, self-efficacy och weight loss. Sökorden kombinerades sinsemellan för att styra litteratursökningen i önskad riktning. Sökningen begränsades till nya europeiska och amerikanska vetenskapliga artiklar från år 2007 och framåt. Totalt har respondenterna läst 22 artiklar varav 10 inkluderades i utvecklingsarbetet. Urvalskriterier för litteratursökningen var att artiklarna skulle vara kvalitativa studier, men förutom åtta relevanta kvalitativa studier inkluderades även två kvantitativa studier, då deras innehåll var lämpliga för respondenternas syfte. Ett krav som respondenterna hade på inkluderade artiklar var att de skulle beröra riskfaktorer för diabetes typ 2, motivation eller motiverande samtal, rådgivning eller förändring. Artiklar som handlade om individer som redan insjuknat i diabetes typ 2 togs inte med i studien.

Artiklarna finns presenterade i en resuméartikel (bilaga 1). Dataanalysmetoden som användes i utvecklingsarbetet var induktiv innehållsanalys enligt Denscombe (2009) och Forsberg och Wengström (2008). Metoden finns beskriven i examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012, 15). Vartefter de vetenskapliga artiklarna lästes igenom kodades materialet genom att respondenterna gjorde anteckningar om dem. Efter genomläsning, som bidrog till att respondenterna fick ett helhetsintryck av artiklarnas innehåll, grupperades koderna enligt innehåll. Sedan bildades kategorier med tillhörande underkategorier, i vilka det kodade innehållet sattes in under lämpliga kategorier. Resultatet tolkades sedan mot utvecklingsarbetets teoretiska



utgångspunkter, samt examensarbetets transteoretiska modell (Liljeqvist & Mattsson, 2012, 6).

## 5 Resultatredovisning

I det här kapitlet presenteras det resultat som analysen av forskningsartiklarna (se artikelresumé, bilaga 1) har resulterat i. Med utgångspunkt i frågeställningarna har respondenterna gjort en innehållsanalys av artiklarna. Kategorier som identifierades var samtal, personlig utveckling, motivation som redskap för förändring, stödets betydelse för livsstilsförändring och faktorer som motverkar förändring. För varje kategori bildades underkategorier. Rubrikerna i detta kapitel utgörs av kategorierna och underkategorierna bildar underrubriker under respektive kategori.

### 5.1 Samtal

För kategorin samtal hittades följande underkategorier: Hälsosamtalet, tillämpning av motiverande samtal enligt hälsoprofessionella, motiverande samtal ur patientsynvinkel och motiverande samtal och diabetesrisk.

#### 5.1.1 Hälsosamtalet

Hälsosamtalet kräver förberedelse och pedagogisk medvetenhet såsom en förmåga att känna igen en persons behov av förståelse och nivå av motivation för att genomföra livsstilsförändring. Vårdaren måste även vara medveten om hur hälsosamtalet uppfattas och samtalets konsekvenser för patientens livssituation. Strukturen på ett hälsosamtal var viktig även för patienten. Den pedagogiska dialogen var ett tema som identifierades i studien. Patienterna upplevde det som viktigt att kunna fråga och få ärliga svar av vårdaren. Även om svaret inte var trevligt upplevde de det som bättre än att inte veta sanningen. Samtalet upplevdes som viktigare än informationsbroschyrer (Persson & Friberg, 2009). Det visade sig att diskussion om viktminskning ledde till en större beredskap att gå ner i vikt, men det

var diskussionernas kvalitet som faktiskt ledde till en beteendeförändring. Sättet hur man talade om vikt påverkade beteendeförändringen (Pollak m.fl., 2007).

### 5.1.2 Tillämpning av motiverande samtal enligt hälsoprofessionella

I en studie av Brobeck, Bergh, Odencrants och Hildingh (2011) intervjuades sjukskötare om deras upplevelser av att använda sig av MI samt deras upplevelser av att använda metoden inom primärvården. En fördel med MI som framkom i studien var att metoden gav vårdarna säkerhet i dialoger genom en bra struktur för samtalen. Sjukskötarna upplevde MI som en berikande, utvecklande och användbar metod för hälsofrämjande. De tyckte också att man ibland har nytta av att använda bara vissa delar av MI och att man inte alltid behöver använda metoden fullt ut (Brobeck m.fl., 2011). Alla sjukskötare i en studie av Vermunt med flera (2012) sade att kursen i MI som de deltog i var väldigt användbar och att de hade nytta av den vid kost- och motionsrådgivning. Trots att det framkom många fördelar med MI beskrevs det som en krävande metod då tillämpning av MI kräver erfarenhet, träning, övning, intresse för metoden, förståelse och respekt för patienten. Att få stöd av kollegorna var viktigt för att kunna se sitt arbete som meningsfullt trots att det är tidskrävande. MI är en process som bör göras på lång sikt då en förändring inte sker på kort tid. Sjukskötarna ansåg att det var viktigt att se patientens återfall som en utmaning istället för ett problem. (Brobeck m.fl., 2011).

### 5.1.3 Motiverande samtal ur patientens synvinkel

Metoden (MI) ansågs öka medvetenhet hos patienterna, samt gav patienten själv möjlighet att hitta egna lösningar på problem. Metoden underlättade även förståelsen för det egna problemet. Användningen av MI förbättrade vårdrelationen, då patienten kände sig hörd (Brobeck m.fl., 2011). Penn, Moffatt och White (2008) såg i sin studie att deltagarna uppskattade processen för motiverande samtal.

### 5.1.4 Motiverande samtal och diabetesrisk

I en studie användes 26 % av besökstiden på läkarmottagningen till viktrelaterade diskussioner. Patienter med fetma nämnde oftare vikten än överviktiga patienter. Läkarna tog upp ämnet med patienterna i 37 % av fallen, det var alltså oftare patienterna själva som initierade en diskussion gällande vikten. Diskussioner om

viktrelaterade ämnen och tiden som användes till dessa var relaterade till hur villiga patienterna var att gå ner i vikt efter det första läkarbesöket när man i början av studien kontrollerade patienternas villighet till viktnedgång. Ju mera redo patienterna var inför en viktning, desto mera sannolikt var det att vikten diskuterades (Pollak m.fl., 2007). I studier där man använde sig av motiverande samtal såg man att deltagarna hade större chans att gå ner i vikt (Greaves m.fl., 2008; Penn m.fl., 2009). Greaves med flera (2008) såg att andelen som nådde målet för fysisk aktivitet var aningen högre i gruppen där man använt MI. I en undersökning av Pollak med flera (2007) undersöktes hur viktrelaterade ämnen diskuterades mellan läkare och deras kvinnliga överviktiga patienter. När läkarna i studien visade mera MI-anda och empati verkade patienterna mera redo att förändra motionsvanorna och när läkarna använde flera tekniker av MI verkade patienterna sannolikt försöka gå ner i vikt (Pollak m.fl., 2007).

Resultatet av studien av Penn med flera (2009) visar att utvecklingen från nedsatt glukostolerans till diabetes typ 2 kan förebyggas eller senareläggas med livsstilsintervention där man använder motiverande samtal. Den övergripande förekomsten av diabetes typ 2 minskade med 55 % i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Under studiens gång diagnostiserades 16 deltagare med typ 2 diabetes, 5 individer i interventionsgruppen och 11 i kontrollgruppen. Efter två års uppföljning förekom inga nya fall av typ 2 diabetes i interventionsgruppen.

## 5.2 Personlig utveckling

Denna kategori beskriver hur högriskpatienten utvecklas i takt med sin livsstilsförändring. Underkategorierna utgörs här av förändring som en process, självbild, tilltro till den egna förmågan och engagemang, reflektion samt utveckling av strategier för förändring och upprätthållande.

### 5.2.1 Förändring som en process

En studie av Ljung, Olsson, Rask och Lindahl (2012), där behandlingen var utformad som livsstilsfokuserad grupprådgivning, såg man att individerna genomgick en process av personlig utveckling som fördjupade deras förståelse för det egna ansvaret

över hälsan. I studien vidgades deltagarnas syn på livsstilsförändring och förmågan att hitta stöd i andra förbättrades. Individerna såg sig som aktiva deltagare i utvecklingsprocessen, inte som passiva mottagare, vilket gjorde dem medvetna om att motivation handlar om en process som pågår varje dag.

Att förändringen är en ständigt pågående process som behöver underhållas blev också tydligt i en studie av Penn med flera (2008). Individer som lyckats upprätthålla en beteendeförändring efter en intervention studerades för att ta reda på vad som stöder och vad som hindrar bevarandet av nya vanor. Många av deltagarna i studien berättade om hur lång tid den personliga utvecklingen tog innan förändringarna och rutinerna blev en del av livsstilen. Vanligen tog detta upp till två år. Med tiden tog deltagarna till sig förändringarna, gjorde dem till en del av livsstilen och det blev tydligt att de nya vanorna skulle saknas om de upphörde.

Processen av utveckling syntes även i en studie av Alahuhta med flera (2009) där man undersökte utvecklingen av viktkontroll relaterat till livsstilsförändring. Studien pågick under 6 månaders tid och deltagarna, som hade hög risk för diabetes typ 2, deltog i grupphandledningstillfällen med en näringsterapeut. I studien såg man att de flesta (68 %) befann sig i övervägelsefasen i början av studien och att de flesta gjorde framsteg under studiens gång. I slutet av studien hade majoriteten av deltagarna flyttat sig fram till förberedelse- (33 %) eller handlingsfasen (41 %).

### 5.2.2 Självbild

I början av handledningsprocessen i en studie av Alahuhta med flera (2009) beskrev deltagarna sina erfarenheter av övervikt och viktnedgång samt faktorer som påverkar viktkontroll. Kvinnorna beskrev sitt eget och andras förhållningssätt till överviktiga människor. Enligt deltagarna beskrev andra människor överviktiga som dumma, syndiga och oambitiösa. Deltagarna upplevde också att man tycker att det är synd om överviktiga och att överviktiga saknar självdisciplin. Både män och kvinnor i studien skämdes över att vara överviktiga och upplevde det vara tungt. De hade tappat tron på sig själva och upplevde självförakt på grund av att de hade gått upp i vikt. Några av deltagarna beskrev sig som nöjda med sig själva och upplevde sig som slanka trots övervikten. Både män och kvinnor hade tidigare erfarenheter av viktnedgång. Somliga såg sig som eviga bantare medan andra inbillade sig själva eller andra att de försökte gå ner i vikt fast de egentligen inte aktivt gjorde det (Alahuhta m.fl., 2009).

Syftet med en studie av Persson och Friberg (2009) var att beskriva patienters upplevelse av en hälsokonversation efter att ha fått reda på att de har en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom. I studien identifierades tre teman och det ena temat var ”det oundvikliga beskedet”. Deltagare som ansåg sig ha en hälsosam livsstil blev förvånade över informationen om förhöjda värden (kolesterol, glukos eller blodtryck) och vetskapen om detta förändrade deras liv.

Att snabbt nå resultat från kost och motion kunde upplevas som stressigt eftersom det gjorde deltagarna medvetna om möjligheten för förändring. Insikter i det egna ansvaret för hälsan kunde också leda till skamkänslor. Att berätta för vänner och kollegor att man behövde behandling på grund av övervikten väckte känslor av skam hos deltagarna. Det var framför allt kvinnliga deltagare som kände skam över att behöva behandling medan männen hade en mera öppen och accepterande attityd (Ljung m.fl., 2012).

### 5.2.3 Tilltro till den egna förmågan och engagemang

I studien av Ljung med flera (2012) såg man att livsstilsfokuserad gruppbehandling baserad på den sociala kognitiva teorin stimulerade olika komponenter hos deltagaren vilket stärkte deltagarnas självkompetens, vilket är viktigt för en bestående livsstilförändring. Penn med flera (2008) konstaterade att tidigare framgångar bidrog till självkompetens. I studien av Greaves med flera (2008) ville man stärka individens kognitiva och beteendemässiga färdigheter för att hantera kost och fysisk aktivitet för att göra individen självständig och minska beroendet av terapeuten. Insikter om det egna ansvaret för den egna hälsan och att möjligheten till förbättring låg hos individerna själva gav känslor av ökat självförtroende (Ljung m.fl., 2012). Att berömma sig själv, att njuta av den nya livsstilen, känna sig tillfredsställd och belöna sig själv för att man lyckats behålla den fördelaktiga förändringen är viktigt för individen (Penn m.fl., 2008).

I en studie av Perry och Butterworth (2011) undersöktes relationen mellan kvinnors engagemang i att göra en förändring gällande sin fysiska aktivitet under en inledande MI-session och deras fysiska aktivitet 12 veckor senare. Man undersökte också relationen mellan det stadie som kvinnorna befann sig i enligt SOC (stage of change), styrkan av deras engagemang i förändringen, samt deras nivå av fysisk aktivitet. Majoriteten av kvinnorna var i början av studien i övervägelsefasen och

majoriteten var på väg mot handlingsfasen i slutet av studien. I studien såg man ett betydande samband mellan nivån av engagemang under den inledande MI-sessionen och antalet stadier som deltagarna passerade enligt SOC. Sambandet mellan engagemang och förändring i fysisk aktivitet var inte lika tydlig. Det fanns en trend mot flera minuter av fysisk aktivitet hos dem med starkare engagemang.

I studien av Persson och Friberg (2009) såg man dock ett behov av yttre kontroll och man önskade sig uppföljningsbesök i framtiden för att se om den förändrade livsstilen hade förbättrat olika värden såsom kolesterol, glukos eller blodtryck.

#### 5.2.4 Reflektion

”Reflektion över konversationens innehåll” var ett tema som identifierades i studien av Persson och Friberg (2009). Att förstå betydelsen av olika numeriska värden var svårt för deltagarna men det som upplevdes som viktigare för dem var att veta om deras värde var normalt eller inte. Det var lätt för patienterna att förstå att de onormala värdena kunde ha orsakats av oregelbundna vanor och de blev medvetna om att deras livsstil är deras eget val. Personer som ansåg sig leva sunt hade svårare att tillämpa råden och kände sig förolämpade när de föreslogs förändra levnadsvanorna då det inte fanns något de kunde förändra gällande kosten eller motionen. Vissa deltagare oroade sig över att ha en förhöjd sjukdomsrisk i framtiden. De hade fått sina misstankar bekräftade av hälsosamtalet, men det fanns ännu tid för att förebygga sjukdom genom att förändra levnadsvanorna, vilket kändes som en lättnad.

I studien av Ljung med flera (2012) lärde sig deltagarna att reflektera över och övervaka sitt beteende. Deltagarnas kunskap om processen för beteendeförändring ökades vilket gjorde det möjligt för dem att undersöka sina tidigare vanor och planera hur de skulle göra annorlunda i framtiden. Förståelsen för motionens och kostens inverkan på motivationen för förändringen fördjupades hos deltagarna. Att intresset för den egna hälsan ökade syntes genom att deltagarna ville lära sig mera om mekanismerna bakom livsstilssjukdomar.

### 5.2.5 Utveckling av strategier för förändring och upprätthållande

En viktig del av behandlingen i studien av Ljung med flera (2012) var att deltagarna skulle lära sig sätta upp mål för livsstilsförändringen. Detta upplevdes som en prövning av några deltagare på grund av att de inte gjort något sådant tidigare. Att överkomma svårigheter och utveckla strategier var en viktig aspekt i upprätthållandet av beteendeförändringen i studien av Penn med flera (2008). Rutiner och regler var viktigt för en del medan andra fokuserade på mål. Andra hade mer allmänna önskningar om att hållas på rätt spår eller undvika ohälsa. Regler var särskilt viktiga i fall individen skulle avvika från den nya livsstilen, t.ex. regler för begränsning av portionsstorlek.

Man fann gemensamma nämnare hos män och kvinnor som kommit framåt i sin livsstilsförändringsprocess i studien av Alahuhta med flera (2009). Resurser för viktkontroll betonades hos bådadera, både i början och i slutet av handledningsprocessen. Dessutom beskrevs målsättningen med viktkontrollen både i början och slutet. Både de deltagare som gjort framsteg i förändringsprocessen och de som inte gått varken framåt eller bakåt beskrev handlingar relaterade till viktkontroll både i den inledande och den avslutande fasen av studien, och under avslutningsfasen även förändring av vikten. De som gjort framsteg nämnde oftare kostförändringar. Männerna i studien gick från att ha beskrivit sina upplevelser av övervikt till att beskriva riskfaktorerna för övervikten. Både männen och kvinnorna nämnde besvikelse och rädsla i slutskedet av studien. I slutet av studien beskrev deltagarna sin viktkontroll som förändring av vikten, handlingar som hör ihop med viktkontroll och mål samt faktorer som inverkar på viktkontroll och känslorna som hänger samman med det nästan lika ofta som i studiens början. Men konkreta faktorer som hör samman med viktkontroll hade ökat, det vill säga mera motion, förändrade matvanor och dieter. Målet var fortfarande viktnedgång eller att uppnå normalvikt (Alahuhta m.fl., 2009).

## 5.3 Motivation som redskap för förändring

I denna kategori beskrivs olika faktorer som motiverar högriskindividen till en förändring, samt motivationens betydelse för förändring. Underkategorierna som

behandlar detta tema är sjukdomsrelaterade motivationsfaktorer, förhållningssätt till förändring, hälsa och yttre faktorer samt sjukdomsrelaterade motivationsfaktorer.

### 5.3.1 Sjukdomsrelaterade motivationsfaktorer

Ärftligheten spelade stor roll i samtalet med vårdaren, då patienterna förstod att de skulle råka ut för samma sak som deras släktingar om de inte förändrade något i sitt liv. Ärftligheten utgjorde således en motivationsfaktor (Persson & Friberg, 2009). Många nämnde den ursprungliga diagnosen med försämrad glukostolerans som motiverande i en annan studie (Penn m.fl., 2008). En studie av Penn med flera (2009) såg även att de som hade störst möjlighet till fördelaktig förändring (de som var längst ifrån målen för kost och motion) hade störst sannolikhet att behålla och dra nytta av de gjorda förändringarna.

### 5.3.2 Förhållningssätt till förändring

Motivation, den egna aktiviteten och eget ansvar var viktiga faktorer för viktkontroll (Alahuhta m.fl., 2009). Hopp, positiv sinnesstämning och en tro på den egna förmågan var betydelsefulla egenskaper. Önskan att gå ner i vikt och orsakerna till viktuppgången var också i sig en motivationsfaktor.

### 5.3.3 Hälsa och yttre faktorer

Faktorer relaterade till hälsa och funktionsförmåga, såsom förändring av diet, motionsvanor och ökning av motionsmängd, uppgavs vara viktiga motivationsfaktorer för viktkontroll i studien av Alahuhta med flera (2009). Miljön där motion utövades hade också betydelse för motivationen. En stimulerande miljö och bra anläggningar motiverade till fysisk aktivitet (Penn m.fl., 2008). Att motionera i naturen var en annan viktig faktor för viktkontroll (Alahuhta m.fl., 2009). Användning av olika former av redskap var också omtalade i en studie. Stegräknare eller måltidsplaneringsformulär var enkla sätt med vilka man kan mäta förändring, vilket ökade motivationen och ökade känslan av att ha kontroll. (Ljung m.fl., 2012). Kostnader nämndes, t.ex. nya gratis busskuponger som införts, fungerade som en hjälp i att nå till anläggningen och gjorde det lättare för motionärerna att hitta bra ställen att promenera på (Penn m.fl., 2008). Resurser framkom också som en avgörande faktor i en annan studie (Alahuhta m.fl., 2009).



## 5.4 Stödets betydelse för livsstilsförändring

Det sociala stödet var en viktig bit för genomförandet av en förändring. Stöd från sociala relationer, till exempel partnern, gruppverksamheter eller från professionella sågs som en resurs för viktkontroll och upprätthållande av en förändring (Penn m.fl., 2008, Alahuhta m.fl., 2009, Ljung m.fl., 2012, Vermunt, 2012). Gällande stöd kunde följande underkategorier hittas: gruppverksamhet som stöd, professionellas stöd, rådgivning som stöd och stöd för bevarande av förändring.

### 5.4.1 Gruppverksamhet som stöd

I en studie använde man sig av grupprådgivning. I gruppen hittade deltagarna stöd i andra som var i samma situation. Det var lättare att berätta om egna erfarenheter, identifiera sig med andra och få distans till egna problem i gruppen. Man kunde också prata om sådant som man inte kunde diskutera med vänner eller familj. Variationen i ålder, erfarenhet och kön mellan gruppmedlemmarna ansågs ha flera fördelar än nackdelar. Att se andra lyckas fungerar som en social modell. Negativt med gruppbehandling är att det kan uppstå gruppsyck och att individerna kan börja jämföra sig själva med de andra. Den sociala modellen kan ha negativ effekt; då en deltagare misslyckas kan det göra de andra medvetna om svårigheterna med livsstilsförändring, vilket kan leda till minskat självförtroende. Det kan uppstå en rädsla att själv misslyckas när andra lyckas. Grupprådgivningen kan också kännas för allmän och lämna en önskan för individuell behandling (Ljung m.fl., 2012).

### 5.4.2 Professionellas stöd

I studien av Ljung med flera (2012) visade sig personalen vara en viktig del både för deras roll som professionella och för deras attityder och personlighet. Att de professionella visade sig vara genuint intresserade av deltagarna och deras livsstilsförändring uppskattades och många upplevde behandlingen som personlig även om den var i grupp. I studien av Penn med flera (2008) såg man även att kontrollgruppen fick hjälp och stöd av professionella. Deltagarna uppskattade det individuella stödet och hur de professionella hjälpt dem att utveckla strategier för självreglering, samt att ha fått medicin för att hantera tillfälliga störningar stödde upprätthållandet av förändring (Penn m.fl., 2008). En del hade fått hjälp av den egna läkaren som remitterat dem till en näringsterapeut, andra hade själva tagit initiativet

till att gå med i en viktminskningsgrupp. Trots att kontrollgruppen endast deltog en gång per år i uppföljningar så bidrog kontrollen till upprätthållandet av förändring. För interventionsdeltagarna utgjorde den ursprungliga interventionen en separat motiverande faktor.

#### 5.4.3 Rådgivning som stöd

Deltagarna i studien av Ljung med flera (2012) uppskattade behandlingen för att den innehöll både teori och praktik vilket gjorde det lättare att överföra teoretisk kunskap till praktiken. Konkreta råd angående olika typer av livsstilsval upplevdes som hjälpsamt. Även i studien av Alahuhta med flera (2009) framkom vikten av att få information av någon professionell. I studien av Penn med flera (2009), där man såg viktminskning och minskad diabetesrisk hos interventionsgruppen, erbjöds bland annat praktisk och teoretisk kunskap i form av regelbundna individuella samtal med en näringsterapeut och en fysioterapeut som tränats i motiverande samtal, gruppstillfällen, matlagningstillfällen samt ett nyhetsbrev som innehöll hälsosamma recept näringsinformation, förslag på lokala vandringsleder och motionsförslag. I studien av Vermunt med flera (2012) var nästan alla nöjda med kunskapsnivån hos de professionella angående alla ämnen som diskuterades. Nästan alla var nöjda med rådgivningen de fick angående livsstilsförändring. De som inte var nöjda hade oftare högre FINDRISC-poäng. De som var nöjda tenderade att ha lägre utbildning.

#### 5.4.4 Stöd för bevarande av förändring

Penn med flera (2008) såg man faktorer som stödde bevarandet av en beteendeförändring. Att undvika frestelser eller att använda sig av substitut var viktigt för en del deltagare. Att få fysisk feedback från kroppen i form av bättre mående och känsla av att vara i form efter att ha uppnått förändringen motiverade. Informanterna pratade ofta med tillfredsställelse om hur deras livsstilsförändring påverkade andra runt dem till att förändras.

## 5.5 Faktorer som motverkar förändring

Till kategorin har resultat som visade sig vara viktiga hinder för livsstilsförändring samlats. Faktorer som motverkar förändringen, och som bildar underkategorier för kapitlet var individuella fysiska faktorer, psykiska, livssituation, bristande kunskap miljö, ekonomi och sociala faktorer.

### 5.5.1 Individuella fysiska faktorer

Penn med flera (2008) undersökte i sin studie vilka hinder som finns för bevarandet av en förändring. Individuella fysiska hinder var bakslag i form av sjukdom, skada eller försämring av hälsan. Bakslaget medförde en svår situation för individen då det blev besvärligare att upprätthålla förändringen. En orsak till att deltagarna valde att hoppa av en studie av Vermunt med flera (2012) var bland annat sjukdom.

### 5.5.2 Psykiska

Psykologiska hinder på individnivå är en betydande barriär för bevarandet av livsstilsförändring, som även individer som behållit förändringen en längre tid ibland kunde drabbas av (Penn m.fl., 2008). Orsakerna till att man hade gått upp i vikt var många i studien av Alahuhta med flera (2009). Som exempel nämndes frestelser som en riskfaktor för viktkontroll. Fel sorts mat kan fresta och för stor mängd mat kan locka (Penn m.fl., 2008). I samma studie såg man att det kan upplevas som en stor kraftansträngning att komma igång med motionen och att tidigare dåliga erfarenheter eller brist på förmåga kan fungera avskräckande.

Alahuhta med flera (2009) identifierade rädsla och besvikelse som känslor förknippade med viktkontroll. Känslor av hopplöshet upplevdes på grund av att hälsan försämrats (Penn m.fl., 2008). Man jämförde sig med andra som lyckades hålla sig smala och hälsosamma trots att de inte verkade bry sig eller arbeta för sin hälsa. Känslor av orättvisa kunde väckas på grund av att den egna kampen kändes mycket svårare. Alahuhta med flera (2009) såg att brist på ork att ta hand om sig själv på grund av brådska var en riskfaktor för viktkontroll. Vermunt med flera (2012) såg att förverkligandet av individuell livsstilsrådgivning i primärvården hindrades bland annat av patientens brist på motivation. Den professionellas bristande motivation sågs som en barriär på organisationsnivå.

### 5.5.3 Livssituation

En del av deltagarna i studien av Penn med flera (2008) hade vårdansvar vilket kunde innebära att kraven på dem ökade om konditionen hos de som de vårdade försämrades. Förändringar i livssituationen var också av betydelse i studien av Alahuhta med flera (2009). Att sluta röka, mindre motion, kvällsätande samt god mat ansågs vara orsaker till viktuppgång. Trötthet och brådska i arbetet ledde till att skötseln av den egna hälsan försumrades. Man såg också oregelbundna arbetstider som en riskfaktor för viktkontroll (Alahuhta m.fl., 2009).

Vermunt med flera (2012) konstaterade att de som inte slutförde studien tenderade att vara yngre och hade mera sällan en partner än de som slutförde studien. Flytt till annan ort var även en orsak till att deltagare valde att avsluta sin medverkan.

### 5.5.4 Tid

Många av deltagarna i studien av Penn med flera (2008) ansåg att de inte hade kunnat förändra sitt hälsobeteende tidigare vid sidan om arbetet, utan att det var först efter att de pensionerats som de hade tid att förändra sin livsstil.

En orsak till att deltagarna i en studie av Vermunt med flera (2012) hoppade av var bland annat brist på tid. Interventionsdeltagarnas närvaro i gruppkonsultationer minskade gradvis och anledningen sades vara tidsbrist eller att kvällstiden inte passade. I interventionsgruppen var hög närvaro på möten sammanlänkat med reduktion eller mindre ökning av blodglukosvärden. Tidsbrist hos de professionella angavs som en barriär på organisationsnivå. Tidbristen var ett hinder för att ge råd om kostförändring samt för att förverkliga individuell livsstilsrådgivning i primärvården.

### 5.5.5 Bristande kunskap

En anledning till att deltagandet i gruppkonsultationerna minskade gradvis i studien av Vermunt med flera (2012) var att deltagarna redan upplevde sig ha fått tillräckligt med information från läkaren eller vårdaren. Utbildningsnivån var lägre hos de som deltog oftare i träffar. I studien av Alahuhta med flera (2009) såg man att brist på information var en riskfaktor för viktkontroll.

Avsaknad av specialkunskaper hos de professionella beträffande näring angavs vara ett hinder för att kostrådgivning i studien av Vermunt med flera (2012). En fjärdedel av läkarna i studien ansåg sig själva inte vara kapabla att ge råd angående motion och 40 procent angav att de inte passade för att ge kostrådgivning. Däremot såg alla vårdare som hade fått MI-utbildning att de passade bra eller relativt bra för att ge både motions- och kostrådgivning.

### 5.5.6 Miljö

Motionsanläggningar som lades ner eller problem med att ta sig till anläggningen var exempel på miljömässiga hinder i studien av Penn med flera (2008). Väder och säsong sågs ofta som ett hinder, framförallt promenader påverkades av väderleken och speciellt de äldre tyckte att vädret var en viktig faktor. Boende utanför tätort sågs som ett hinder till motion på grund av dålig vägbelysning (Alahuhta m.fl., 2009). Utrymmesbrist är en miljömässig barriär på organisationsnivå (Vermunt m.fl., 2012).

### 5.5.7 Ekonomiska

Promenader, som är i princip gratis, var det populäraste motionsalternativet men att skaffa nya skor som var lämpliga för promenader kunde utgöra ett ekonomiskt hinder för deltagarna i studien av Penn med flera (2008).

Ekonomiska begränsningar sågs av de professionella i studien av Vermunt med flera (2012) som en viktig barriär för förverkligandet av individuell livsstilsrådgivning i primärvården.

### 5.5.8 Sociala

Traditioner och högtider utgör ett socialt hinder för att bevara den hälsosamma livsstilen (Penn m.fl., 2008). Den traditionella synen på hur stor en mans matportion ska vara kunde avvika från vad som rekommenderades som hälsosamt. Sociala högtider, så som jul, angavs i studien som en svår tid att behålla en livsstilsförändring. Arbetsrelaterade problem, så som stress, ledde till hinder för bevarandet av den hälsosamma livsstilen. En del deltagare i studien upplevde även att media ofta presenterade dubbla budskap, motsägande meddelanden och opålitlig information.

## 6 Tolkning

I det här kapitlet har respondenterna tolkat resultatet utgående från den transteoretiska modellen, som finns beskriven i examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012, 6), och den utvidgade teoretiska referensramen för utvecklingsarbetet, det vill säga motivation och motiverande samtal. Respondenterna har tolkat kategorierna och skapat nya rubriker som illustrerar förändringen som ett hjul som snurrar framåt eller bakåt. I kapitlet (5.1) Samtal i resultatredovisningen såg respondenterna att samtalet väcker insikt eller idéer hos patienten, vilket får förändringshjulet att börja rulla. I (5.2) Personlig utveckling”, som utgjorde ett kapitel, såg respondenterna att individen själv är ansvarig för sin hälsa och att förändringen påverkas av individens styrkor och beredskap för förändring. Den motsvarande rubriken blev därmed ”Hjulets rörelse i rätt riktning styrs av den som rullar det”. Kapitlet (5.3) Motivation som redskap för förändring visade att motivation är essentiellt för förändring, individen är alltså i behov av drivkraft för att ta sig framåt i förändringen. ”Hjälp med att rulla hjulet och hålla det rullande” är en tolkning av resultatredovisningens rubrik (5.4) Stödets betydelse för livsstilsförändring, eftersom respondenterna såg att stöd var viktigt för att komma framåt i förändringshjulet. I kategorin (5.5) Faktorer som motverkar förändring, har respondenterna tolkat att resultatet svarade på frågan ”Vilka är käpparna som sätts i hjulet?”.

### 6.1 Samtalet som kan få hjulet att rulla

Motiverande samtal som redskap uppskattades av professionella (Brobeck m.fl., 2011; Vermunt m.fl., 2012). Att identifiera patientens motivationsnivå var viktigt (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53). Motiverande samtal reducerade diabetesrisken (Pollak m.fl., 2007, Penn m.fl. 2009).

I studien av Persson och Friberg (2009) betonades vikten av att vårdaren identifierar patientens nivå av motivation. Detta är också centralt i MI och när man använder sig av förändringshjulet för att identifiera patientens nuvarande fas (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53; Norcross m.fl., 2011). En medvetenhet om hur hälsosamtalet uppfattas och samtalets konsekvenser för patientens livssituation är

också viktig ur vårdarsynvinkel (Persson & Friberg, 2009) eftersom den upplevda kompetensen hos individen kan påverkas av feedback och motivation från miljön, så länge frivillighet upplevs (Josefsson & Lindwall, 2010, 211-212).

Ett medfött behov hos människan, som påverkar motivationen, är kompetensen. Kompetensen är tillsammans med autonomi och social tillhörighet psykologiska grundläggande behov, som kan öka sannolikheten för självbestämmande och inre motivation, om de tillfredsställs (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). Individens behov av kompetens syntes i studien av Persson och Friberg (2009) genom att det var bättre att få höra sanningen, trots att den kunde vara obehaglig, än att inte veta. Att kunna fråga och få ärliga svar ansågs även vara viktigt.

Att diskutera viktminskning ledde till att patienten hade en större beredskap för viktminskning. Detta kunde tolkas med att viktminskningsdiskussion var ett steg mot förberedelsefasen enligt förändringshjulet. Kvaliteten på en diskussion ledde däremot till en förändring, patienten tog sig då till handlingsfasen (Pollak m.fl., 2007; Norcross m.fl., 2011). Den första grundstenen i MI är att vara empatisk (Miller & Rollnick, 2010, 66-74). I en studie där läkare visade empati och använde MI försökte patienterna med större sannolikhet förändra sina motionsvanor (Pollak m.fl., 2007). Empati kan eventuellt ses som en faktor som kan framkalla en handlingsfas (Norcross m.fl., 2011). Användning av MI gör patienterna mera redo att förändra motionsvanor, och kan således flytta sig framåt i förändringshjulet från förövertvågelsefasen till övervägelsefasen (Pollak m.fl., 2007; Norcross m.fl., 2011). Ju mera aktivt man använder MI desto större sannolikhet är det att de gör försök till att gå ner i vikt, det vill säga kommer in i handlingsfasen (Pollak m.fl., 2007; Norcross m.fl., 2011).

De hälsoprofessionella hade positiva upplevelser av att tillämpa MI (Brobeck m.fl., 2011; Vermunt m.fl., 2012). I studien av Brobeck med flera (2011) såg man att MI är en process som bör göras på lång sikt då en förändring inte sker på kort tid. Ett beteende eller en prestation kommer mera sannolikt att upprätthållas på lång sikt i fall individen upplever inre motivation och självbestämmande (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

I en studie där MI användes övervanns patientens ambivalens. Detta är en av meningarna med MI. Patienten hade möjlighet att hitta egna lösningar och kunde

förstå sitt problem (Farbring, 2010, 53; Miller & Rollnick, 2010, 66-74; Brobeck m.fl., 2011).

## 6.2 Hjulets rörelse i rätt riktning styrs av den som rullar det

Att förändring är en process som pågår varje dag och som behöver underhållas syntes både i resultatet och i den teoretiska bakgrunden (Penn m.fl., 2008; Norcross m.fl., 2011, Orth- Gomér & Perski, 2008, 136-137). Tidigare erfarenheter påverkar utförandet av aktiviteten (Alahuhta m.fl., 2009; Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215). Kompetensen ökas genom att man lära sig reflektera, överkomma svårigheter och utveckla strategier.

En studie (Ljung m.fl., 2012), där man använde grupprådgivning som behandlingsmetod, visade att deltagarnas förståelse för det egna ansvaret över hälsan fördjupades. De fick insikt i att vara aktiva och kunde på så vis leda sig själva in i en förändring, som ju är en av de centrala principerna med MI (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53). Kompetens och självbestämmanderätt är viktigt för motivationen (Josefsson & Lindwall, 2010, 211-212). I studien av Ljung med flera såg (2012) sig individerna som aktiva deltagare i utvecklingsprocessen, inte som passiva mottagare, vilket gjorde dem medvetna om att motivation handlar om en alltjämt pågående process som pågår varje dag. Motiv som motiverar till en handling förändras med tiden och orsaken till att man börjar med ett beteende är inte nödvändigtvis skälet till att man fortsätter med beteendet (Josefsson & Lindwall, 2010, 207-208). Att förändringen är en ständigt pågående process som behöver underhållas blev tydligt i en studie av Penn med flera (2008). Man såg att den personliga utvecklingen tog lång tid innan man gjorde förändringarna till en del av livsstilen. Individen väger fördelar och nackdelar med att upprätthålla ett beteende mot varandra och överväger om förändringen leder till det förväntade resultatet. För att beteendet ska förändras måste tilltro finnas till den egna förmågan och till att beteendet leder till önskat resultat samt att resultatet måste värderas tillräckligt högt (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215). Även enligt förändringshjulet är processen ständigt pågående, eftersom man alltid måste kämpa för att undvika återfall och förändringen sker inte av sig själv (Norcross m.fl., 2011).



Den upplevda kompetensen hos människan kan påverkas av miljön genom feedback och kommunikation (Josefsson & Lindwall, 2010, 211-212) och motivationen är en ständigt pågående process som går att påverka i båda riktningar (Orth- Gomer & Perski, 2008, 136-137). I studien av Alahuhta med flera (2009) påverkades deltagarnas motivation negativt på grund av omgivningens åsikter. I studien framkom att det finns en negativ syn på överviktiga. Deltagarna skämdes över att vara överviktiga och upplevde det som betungande. Deltagarna hade tappat tron på sig själva och upplevde självförakt på grund av att de hade gått upp i vikt.

Tidigare erfarenheter, som både männen och kvinnorna hade i studien av Alahuhta med flera (2009), påverkar individens förväntningar på utfallet av aktiviteten och är en faktor som påverkar om aktiviteten blir utförd eller inte (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215). I en artikel framkom det att man kan bli förvånad över vetskapen om att man har förhöjda värden, till exempel kolesterol, och att vetskapen om detta förändrar livet (Persson & Friberg, 2009). I MI sammanhang hade detta kunna vara ett exempel på identifiering av problemet (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53).

I studien av Ljung med flera (2012) såg man att snabba resultat från kost och motion kunde upplevas som stressigt. Möjligheten till förändring blev tydlig och man insåg att ansvaret för hälsan ligger hos en själv. Orsaken till stressen kunde bero på att man tvivlade på sin självkompetens. Självkompetens kan förklaras som tilltron till den egna förmågan att utföra något vid en bestämd situation och att det leder till önskat resultat (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215).

Ljung med flera (2012) såg att livsstilsfokuserad gruppbehandling baserad på den sociala kognitiva teorin (SCT) stimulerade olika komponenter hos deltagaren vilket stärkte deltagarnas självkompetens, vilket är viktigt för en bestående livsstilförändring. Att stöda självkompetens är en av principerna i MI (Farbring, 2010; Miller & Rollnick, 2010, 66-74). Penn med flera (2008) konstaterade att tidigare framgångar bidrog till självkompetens. Egen erfarenhet och observation av andras beteende leder till individens inlärd tankemönster för självkompetens (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215).

I studien av Greaves med flera (2008) ville man stärka individens kognitiva och beteendemässiga färdigheter för att hantera kost och fysisk aktivitet för att göra

individens självständig och minska beroendet av terapeuten. Att öka den upplevda kompetensen hos individen ökar den inre motivationen, så länge frivillighet upplevs (Josefsson & Lindwall, 2010, 211-212). Motivationen kan avta om miljön uppfattas som kontrollerande och begränsande och det är därför viktigt att begränsa yttre kontrollen (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). Eget ansvar över hälsan och möjligheten att förbättra gav ökat självförtroende i studien av Ljung med flera (2012). Detta kan man se som att stärka självkompetensen (Miller & Rollnick, 2010, 66-74).

Autonomi och frivilligheten är en grundläggande faktor för motivationen (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). I studien av Persson och Friberg (2009) förstod patienterna att de onormala värdena hade orsakats av deras egna oregelbundna vanor och de blev medvetna om att deras livsstil är deras eget val.

Att klara av en uppgift och känna sig duktig, att man är kompetent, är viktigt för individens motivation. Individen kontrollerar ett beteende och utförandet föregås med kognitiv aktivitet. Individen kan reflektera över sig själv, reglera sitt beteende samt miljön runt sig och det pågår ett kontinuerligt samspel mellan händelser i miljön, individens personliga faktorer och beteendet (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215). I studien av Ljung med flera (2012) strävade man till att öka kompetensen genom reflektion över beteendet, kunskap om processen för beteendeförändring, planering av framtida beteende och ökandet av förståelsen för motionens och kostens inverkan på motivationen till förändring. Intresset för den egna hälsan ökade och deltagarna ville fortsätta att öka sin kompetens och lära sig mera om mekanismerna bakom livsstilssjukdomar.

I studien av Ljung med flera (2012) var det viktigt att deltagarna skulle lära sig att sätta upp mål för livsstilsförändringen. Genom att tänka över målet för förändring utforskar man förväntningen och värdet av utfallet. Förväntningen på utfallet och värdet av utfallet påverkar tillsammans med självkompetensen huruvida en aktivitet utförs eller inte (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215). Att sätta upp mål var även viktigt enligt deltagarna i studien av Alahuhta med flera (2009)

Kompetensen ökades i studien av Penn med flera (2008) genom att man försökte överkomma svårigheter och utveckla strategier. Rutiner och regler var viktigt för en del medan andra fokuserade på mål. Regler och rutiner är ett sätt att uppnå kontroll

över situationen. Att känna kontroll över en situation är viktigt för motivationen (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). En del hade allmänna önskningar om att hållas på rätt spår eller undvika ohälsa vilket berättar om värdet på utfallet av beteendet (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215; Ljung m.fl., 2012).

### 6.3 Drivkraften behövs för att ta sig framåt

Risk att insjukna är en motivationsfaktor (Penn m.fl., 2008; Persson & Friberg, 2009). Motivation, den egna aktiviteten och eget ansvar var viktiga faktorer för viktkontroll (Alahuhta m.fl., 2009). Att känna att man har kontroll över en situation är viktigt för den inre motivationen (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

Diagnos med försämrad glukostolerans, som är en riskfaktor för diabetes typ 2, och ärftlighetsfaktorn för diabetes typ 2 motiverade till förändring (Penn m.fl., 2008; Persson & Friberg, 2009). Penn med flera (2009) såg att de individer som låg längst från målet för förändringen hade störst sannolikhet att behålla och dra nytta av de gjorda förändringarna. Att risken att insjukna motiverar kan bero på att utfallet för förändringen får ett högre värde: att undvika sjukdom. Förväntningarna som man har på förändringen är att man genom kost och motion ska bevara sin hälsa och minska risken för sjukdom (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215).

Alahuhta (2009) såg att motivation, den egna aktiviteten och eget ansvar var viktiga faktorer för viktkontroll. Tilltro till den egna förmågan var också viktig vilket är utgångspunkten för självkompetens (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215). Förväntan på utfallet, att gå ner i vikt, motiverade i en studie (Alahuhta m.fl., 2009; Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215).

Hjälpmedel, t.ex. stegräknare ökade enligt Ljung med flera (2012) känslan av kontroll vilket i sin tur ökade motivationen. Att känna att man har kontroll över en situation är viktigt för den inre motivationen (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

## 6.4 Hjälp med att rulla hjulet och hålla det rullande

Stöd från andra är viktigt i livsstilsförändringen (Penn m.fl., 2008; Alahuhta m.fl., 2009; Ljung m.fl., 2012; Vermunt m.fl., 2012). Ett grundläggande psykologiskt behov för motivation är social tillhörighet. Om behovet för social tillhörighet, kompetens och frivillighet uppfylls har individen större möjlighet att uppnå inre motivation (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). Metoden motiverande samtal grundar sig på samarbete mellan rådgivaren och klienten och fokuserar på personens intressen och problem. Som rådgivare använder man MI till att framkalla tankar på förändring och förstärker dessa tankar (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53).

I studien av Ljung med flera (2012) såg man att gruppverksamhet fungerade. Egen erfarenhet och observation av andras beteende leder till individens inlärd tankemönster för självkompetens. (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215). Att se andra lyckas fungerar som en social modell. Den sociala modellen kan ha negativ effekt; då en deltagares misslyckas kan det göra de andra medvetna om svårigheterna med livsstilsförändring, vilket kan leda till minskat självförtroende (Ljung m.fl., 2012). Social tillhörighet är viktigt för individens motivation (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211) vilket gör att gruppsyck kan uppstå och individerna kan börja jämföra sig själva med de andra.

Grupprådgivning kan kännas för allmän och därmed lämna en önskan för individuell behandling (Ljung m.fl., 2012). Här ser man behovet av att fokusera på den enskilda individens intressen och problem, som MI baserar sig på (Farbring, 2010; Miller & Rollnick, 2010, 51-53). Det viktigt med individbaserat arbete vid motiverande och främjande av ett hälsobeteende eftersom olika grupper av människor har olika motiv och motiven kan variera mellan individerna inom gruppen (Josefsson & Lindwall, 2010, 207-208).

Patienten uppskattar när den professionella är genuint intresserad av honom eller henne, och visar det (Ljung m.fl., 2012). Detta är också en av byggstenarna i MI, att låta samtalet vara patientcentrerat (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53). Individuellt stöd och hjälp med att utveckla strategier för självreglering är också något som patienten uppskattar hos professionella (Penn m.fl., 2008).

Stödet som man upplevde från rådgivning berodde ofta på att man fick hjälp med att öka kompetensen (Alahuhta m.fl., 2009; Penn m.fl., 2009; Ljung m.fl., 2012; Vermunt m.fl., 2012).

I studien av Penn med flera (2008) undersökte man faktorer som stödde bevarandet av en beteendeförändring. Att lära sig undvika frestelser, som är ett sätt att öka individens kontroll över situationen, stödde bevarandet av förändring. Att påverka andra i närmiljön kan ge en känsla av social tillhörighet och var därför en separat motiverande faktor (Penn m.fl., 2008; Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). Att få fysisk feedback från kroppen var också en stödande faktor som ökade tilltron till den egna förmågan (Penn m.fl., 2008; Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215).

## 6.5 Vilka är käpparna som sätts i hjulet?

Fysiska och psykiska faktorer visade sig vara viktiga hinder för att uppnå och bevara förändring. Livssituation och tid påverkade möjligheten att ägna sig åt livsstilsförändring. Bristande kunskap visade sig vara en faktor som är avgörande för både patienten och de hälsoprofessionella. Miljö, ekonomi och sociala faktorer var yttre faktorer som försvårade individens möjlighet till förändring.

Penn med flera (2008) undersökte i sin studie vilka hinder som finns för bevarandet av en förändring. Sjukdom, skada eller försämring av hälsan medförde svårigheter för att upprätthålla förändringen. Vermunt med flera (2012) såg att sjukdom var en orsak till att man inte fullföljde studien vilket kan ses som ett hinder till att utföra en förändring. Motivationen varierar och tidpunkten och situationen påverkar graden av villighet att förändra ett beteende (Orth-Gomér & Perski, 2008, 136-137).

Olika känslor förknippade med vikt och livsstil framkom i resultatet (Penn m.fl., 2008; Alahuhta m.fl., 2009). I studien av Penn med flera såg man att tidigare dåliga erfarenheter eller brist på förmåga kan fungera avskräckande för livsstilsförändringen. Tilltron till den egna förmågan att utföra något vid en bestämd situation och att det leder till önskat resultat är en förutsättning för självkompetensen. Egen erfarenhet och observationer av andras beteende bidrar till individens inlärda tankemönster för självkompetens. De dåliga erfarenheterna påverkar förväntningarna

på utfallet av aktiviteten och tilltron till den egna förmågan. (Josefsson & Lindwall, 2010, 213-215).

Motivation hos en individ kan förklaras som den kraft som driver individen framåt mot ett mål i beteendeförändringen. Det innebär att om det inte finns motivation hos individen, så saknas kraft att förverkliga en förändring. (Orth- Gomér & Perski, 2008, 136-137). I studien av Vermunt med flera (2012) nämndes att förverkligandet av livsstilsrådgivning hindrades av bristande motivation hos patienten. Detta tyder på att det vore av nytta att identifiera patientens fas i förändringsprocessen, men också att identifiera problemet för att veta varifrån man skall börja med livsstilsrådgivningen (Farbring, 2010, 53; Miller & Rollnick, 2010, 66-74; Norcross m.fl., 2011).

Livssituationen var av betydelse för livsstilsförändringen i studierna av Alahuhta med flera (2009) och Vermunt med flera (2012). Motiven som motiverar till en handling förändras med tiden och anledningen till att man börjar med ett beteende är inte nödvändigtvis orsaken till att man fortsätter med beteendet (Josefsson & Lindwall, 2010, 207-208). Penn med flera (2008) såg att vårdansvar, som en del deltagare hade, kunde innebära ökade krav vilket utgjorde ett hinder för beteendeförändringen.

Tiden kan upplevas som något man ej kan kontrollera. I en studie (Vermunt m.fl., 2012) valde man att hoppa av på grund av tidsbrist. Men om människan har inre motivation känner hon att hon kan välja och bestämma över sitt beteende, därmed upplever hon att hon har kontroll (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). I studien kanske tidsbristen också var sammankopplad med låg inre motivation. Tidens betydelse framkom även i studien av Penn med flera (2008) då flera deltagare ansåg att de inte kunde förändra hälsobeteendet så länge de var i arbetslivet, men när de blev pensionärer hade de tiden som behövdes för förändringen.

Kompetens och kontroll är viktigt för motivationen vilket syntes i studien av Alahuhta med flera (2009) där brist på information var en riskfaktor för viktkontroll (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). Här ser man vikten av att man som rådgivare samarbetar med patienten och fokuserar på dennes intressen och problem för att därifrån kunna framkalla förändringstänkande och förstärka detta med hjälp av MI (Farbring, 2010, 41-42; Miller & Rollnick, 2010, 51-53). Alla vårdare som hade

fått MI-utbildning ansåg att de passade bra eller relativt bra för att ge både motions- och kostrådgivning till skillnad från läkarna, vilka inte hade fått utbildning i motiverande samtal, som oftare tvivlade på sin kunskap (Vermunt m.fl., 2012). Här kan man också se betydelsen av att ha kompetens och kontroll hos vårdarna för att kunna stödja patienten.

Väder, säsong, dålig vägbelysning och att motionsanläggningar läggs ner kan individen inte påverka själv. Dessa saker nämndes som miljömässiga hinder i en studie (Penn m.fl., 2008). Individen har ett behov av att kontrollera en situation och om det finns små möjligheter att påverka så kan motivationen minska (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

Ekonomiska begränsningar kan utgöra en barriär för förverkligandet av en förändring (Penn m.fl., 2008; Vermunt m.fl., 2012). Om miljön uppfattas som begränsande kan den inre motivationen avta (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

Penn med flera (2008) såg att traditioner och högtider utgör ett socialt hinder för att bevara den hälsosamma livsstilen. Det finns medfödda behov hos människan som påverkar motivationen och ett av dem är social tillhörighet. Att behålla en livsstilsförändring under sociala högtider kan vara svårt eftersom man vill känna social tillhörighet (Penn m.fl., 2008; Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211).

## **7 Kritisk granskning och diskussion**

En vetenskaplig produkt bedöms enligt föreställningar om vad som är bra eller dåligt. Larsson (1994) har utvecklat kriterier för att bedöma kvaliteten i kvalitativa studier. Med hjälp av kvalitetskriterierna kan man identifiera svagheter och styrkor i vetenskapliga arbeten (Larsson, 1994, 163, 186). Respondenterna har använt kvalitetskriterierna för perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt- och pragmatiskt värde.

Fakta är beroende av ett perspektiv, annars saknas innebörd. Det finns alltid en förförståelse som påverkar hur något tolkas. Tolkningen blir tydligare genom att klargöra förförståelsen. Om forskaren redogör för perspektivet är det möjligt att

granska arbetet kritiskt. Förförståelsen är dock svår att klargöra eftersom alla tankar under processens gång kan påverka tolkningen. Examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012) utgör grunden för respondenternas förförståelse inför utvecklingsarbetet. I examensarbetet såg respondenterna att det är centralt att tidigt upptäcka riskfaktorer för diabetes typ 2 hos individen och att det väsentliga i preventionen är att motverka riskfaktorerna som är livsstilsberoende i ett tidigt skede. Individens behov av stöd i förändringen av livsstil var en återkommande faktor i examensarbetet. I slutskedet av skrivprocessen för examensarbetet såg respondenterna ett behov av att undersöka hur man kan motivera till en förändring och om man kan göra detta genom samtal och stöd. Viktigt att studera vidare var även hur en fördelaktig förändring upprätthålls och hur man förebygger återfall till gamla vanor. Med utgångspunkt i förförståelsen framskred arbetet med utvecklingsarbetet med fokus på det nya syftet: hur hälsovårdaren kan hjälpa och stöda högriskindividen i förändringen.

Med intern logik menas att helheten och delarna av en text är i harmoni med varandra (Larsson, 1994, 168-170). Syftet med utvecklingsarbetet var att studera hur hälsovårdaren kan hjälpa och stöda högriskindividen i en livsstilsförändring. Frågeställningarna som formulerades var: vilken betydelse har hälsosamtalet för livsstilsförändringen och hur kan man använda patientens egna resurser för att åstadkomma en förändring. Med dessa frågeställningar tänkte respondenterna att man kunde få mera information om hur man kan motivera högriskindividen att ta itu med riskfaktorer för diabetes typ 2. Ämnet ansågs vara relevant, då man som hälsovårdare samtalar mycket med sina patienter och därmed har stor chans att komma i kontakt med högriskindividerna. Man har också en naturlig position för att ge rådgivning och kan således utgöra ett stöd för patienten.

Att redogöra för vad resultatet tolkats emot och hur området avgränsats är ett sätt att försöka redogöra för perspektivet (Larsson, 1994, 165-168). Artiklarna som användes i studien var alla relevanta eftersom de hade fokus på förebyggande av diabetes typ 2 eller enskilda riskfaktorer för typ 2-diabetes samt motivation eller motiverande samtal. Rådgivning och förändring är också faktorer som beaktats. Motiverande samtal syns dock som ett väldigt centralt tema i respondenternas litteraturstudie, eftersom 7 av 10 artiklar handlar om motiverande samtal. De artiklar som respondenterna har valt är varierande då de utgår från både patientens och



hälsovårdarens synvinkel. Detta är ett medvetet val som gjorts för att få ett så omfattande resultat som möjligt då frågeställningarna också är formulerade på det viset.

I utvecklingsarbetet identifierades fem kategorier. Dessa var samtal, personlig utveckling, motivation som redskap för förändring, stödets betydelse för livsstilsförändring och faktorer som motverkar förändring. Respondenterna har i denna litteraturstudie med andra ord kommit fram till resultat som behandlar samtalets och stödets betydelse för patientens livsstilsförändring, men också resultat som utgår från patienten själv såsom motivation, utveckling och hinder. Orsaken till att respondenterna har valt att studera även patientens utgångspunkter för förändring är att det är viktigt att man alltid utgår från den enskilda individen, vilket också var ett av de framkommande resultaten i utvecklingsarbetet. Med tanke på att respondenterna ville gå vidare med en frågeställning från examensarbetet, gällande hur man motiverar patienten, har syftet med utvecklingsarbetet uppnåtts.

Den teoretiska bakgrunden utökades i utvecklingsarbetet med motivation och motiverande samtal. Detta anser respondenterna att var bra eftersom motivation och motiverande samtal var centrala teman i det resultat som redovisats i studien. Eftersom fokus låg på motivation och samtal var det också väsentligt att tolka resultatet mot grundkunskaperna om motiverande samtal och motivation. Den transteoretiska modellen som även användes i examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012) var användbar för att tolka individens förändringsprocess. För att kunna belysa resultatet ur önskad synvinkel, motivationens betydelse för livsstilsförändring hos högriskpatienten, användes inte de övriga vårdteorierna som beskrevs i examensarbetet i tolkningen av resultatet. Sambandet mellan syfte, teoretisk bakgrund och resultat samt tolkning är väl synligt i utvecklingsarbetet.

En god etik bör finnas i och bakom en studie. Med detta menas att man som skribent är ärlig och alltid framför det som är sant, inte undanhåller information eller förvränger information. Dessutom bör deltagare i studien alltid skyddas (Larsson, 1994, 171-172). Eftersom respondenterna valde litteraturstudie som metod i detta examensarbete fanns det inga informanter att skydda. Forskningsetik har ändå beaktats i studien. Respondenterna har strävat efter att vara objektiva i sitt förfarande. Med tanke på att respondenterna själva har översatt artiklarnas innehåll från engelska och finska till svenska, kan det möjligtvis finnas en risk för att något

har uppfattats annorlunda. Men förutom språkfel har materialet framställts som det bör.

Pragmatiskt värde innebär att kvaliteten på ett arbete är beroende av huruvida det bidrar till att öka förståelsen för något. Det är följderna av resultatet och resultatets betydelse i praktiken som är det centrala (Larsson, 1994, 185-186). Respondenterna har i utvecklingsarbetet fått fram fakta om hur hälsosamtalet kan användas för att få till stånd en förändring. Individens egna personliga utveckling var ett centralt tema som visade sig vara viktigt för bevarandet av livsstilsförändring. Motivationen och eget engagemanget från individen är en utgångspunkt för att förändra ett beteende. Betydelsen av stöd kom fram i resultatet, vilket också var tydligt i examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012). Faktorer, som fungerar som hinder för att en förändring ska kunna utföras och senare även upprätthållas, identifierades. Alla resultat som framkommit i utvecklingsarbetet är teoretiska exempel på faktorer som kan gynna eller hindra en livsstilsförändring. I det praktiska hälsorådgivningsarbetet är denna kunskap viktig. Enligt respondenterna är hälsosamtalet en betydelsefull utgångspunkt för att motivera individen till förändring. Hälsosamtalet bör alltid ha inre motivation som mål eftersom att ju närmare individen kommer inre motivation desto mera sannolikt är det att förändringen upprätthålls på lång sikt (Josefsson & Lindwall, 2010, 208-211). Respondenterna har med utvecklingsarbetet utökat kunskapen om motivationens betydelse för förebyggande av diabetes typ 2 samt möjligheten att använda motiverande samtal för att minska diabetesrisken.

Många resultat i utvecklingsarbetet har liknat de resultat respondenterna fick fram i examensarbetet. Detta stärker litteraturstudiens trovärdighet eftersom många forskningar har haft liknande resultat. Motivationens betydelse i hälsorådgivningen har redan diskuterats i detta kapitel, men en intressant detalj värd att nämnas ännu är att i examensarbetet sågs diabetesrisken i sig inte som en motiverande faktor. I utvecklingsarbetet framkom det dock, att ärftlighet och ökad risk att insjukna i diabetes typ 2 faktiskt kan motivera patienten till att förändra levnadsvanorna, dessvärre gäller det ju inte alla högriskindivider.

Det som har framkommit och betonats i både examensarbetet (Liljeqvist & Mattsson, 2012) och utvecklingsarbetet är individens ansvar över den egna hälsan. Citatet i inledningen, som beskrev att inte vara riktigt nöjd med det man gör, är mycket talande när man talar om diabetesprevention. Kunskapen som behövs finns ofta, men

viljan saknas. Detta tycks vara ett faktum som bör beaktas när man som hälsovårdare ger rådgivning till patienter. Vi kan inte bidra med färdiga lösningar, utan högriskindividen måste vara delaktig för att livsstilsförändringen skall kunna genomföras och upprätthållas. Trots detta är hälsovårdaren en nyckelperson som kan (och bör) hjälpa och stöda högriskpatienten. Att alltid fokusera på den enskilda individens livssituation och livsstil, behov och problem är essentiellt. Stödet från andra är oerhört viktigt, och det framkom i både examensarbetet och utvecklingsarbetet. Som hälsovårdare kan man stöda genom strukturerade samtal med patienten som bör sträva till att öka motivationen hos patienten. Sedan är det upp till var och en hur man väljer att leva sitt liv, det kan ingen annan göra för en. Men önskvärt vore att alla högriskpatienter skulle inse sitt problem och vilja utvecklas och sedan upprätthålla de förändringar som de åstadkommer för att inte insjukna i diabetes typ 2.

## Litteratur

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. (2009). Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyyppin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 45, 148–158.

Bibeln. (2001).

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Farbring, C. (2010). *Handbok i motiverande samtal – MI*. Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Naturochkultur.

Greaves, C. J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., Gale, T., Hammerton, F. & Daly, M. (2008). Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 535-540.

Josefsson, K. & Lindwall, M. (2010). Motivation till motion och fysisk aktivitet. Ingår i: Hallberg, L. R-M. *Hälsa & Livsstil – Forskning & praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.

Kostenius, C. & Lindqvist A-K. (2006). *Hälsövägledning – Från tanke till ord och handling*. Lund: Studentlitteratur.

Liljeqvist, S. & Mattsson, H. (2012). *Livsstilsförändring i kampen mot diabetes typ 2 - En litteraturstudie om primärprevention*.

Ljung, S., Olsson, C., Rask, M. & Lindahl, B. (2012). Patient experiences of a theory-based lifestyle-focused group treatment in the prevention of cardiovascular diseases and type 2 diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*.

Miller, W. & Rollnick, S. (2010). *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.

Nationalencyklopedin. (2013). *Diskrepans*. [Online]  
<http://www.ne.se/kort/diskrepans> (hämtat 05.02.2013).

Orth- Gomér K. & Perski, A. (2008). *Preventiv medicin – Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Penn, L., Moffatt, S. M. & White, M. (2008). Patients' perspective on maintaining behaviour change: a qualitative study within the European Diabetes Prevention Study. *BMC Public Health*, 8 (235), 1-11.

Penn, L., White, M., Oldroyd, J., Walker, M., Albertti, K. G. MM. & Mathers, J. C. (2009). Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health*. 9 (342), 1-14.

Perry, C. & Butterworth, S. (2011). Commitment strength in motivational interviewing and movement in exercise stage of change in women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 509-514.

Persson, M. & Friberg, F. (2008). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 520–528.

Pollak, K., Østbye, T., Stewart, A., Gradison, M., Bastian, L., Namenek Brouwer, B & Lyna, P. (2007). *Empathy goes a long way in weight loss discussions*. *The journal of family practice*, 56 (12), 1031-1036.

Vermunt, P., Milder, I., Wielaard, F., Baan, C., Schelfhout, J., Westert, G. & Oers, H. (2012). Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery. *BMC FamilyPractice*, 13 (79), 1-10

## Bilaga 1: Resuméartikel

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Alahuhta, M., Korhakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. (2009).	Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyyppin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa?	Beskriva utvecklingen av livsstilsförändringens skede som hör ihop med viktkontroll hos personer med förhöjd risk för DM2. Utreda deltagarnas upplevelse av handledningen i viktkontrollsituationerna i studiens början och slut. Ta reda på upplevelsen hos deltagarna som gjort framsteg, förblivit oförändrade eller gått bakåt gällande levnadsvanorna.	74 deltagare vars första och sista grupphandledningstillfälle videoinspelades. Deltagarna beskrev med hjälp av bilder sitt tillstånd gällande viktkontrollen. Resultatet analyserades med induktiv och deduktiv innehållsanalys.	Ca hälften av deltagarna gjorde framsteg under ett halvt år. De gick från att fundera till att konkret göra något, t.ex. öka mängden motion och ändra kostvanorna. Konkreta livsstilsförändringar, målsättning och resurser, hopp och positivitet var återkommande och skulle vara viktiga aspekter att poängtera i handledning av levnadsvanor.
Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2011).	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice.	Beskriva sjukskötares upplevelser av MI som en metod för tillämpning av hälsopromotion inom primärvården.	20 sjukskötare som använder sig av MI i sitt arbete intervjuades. Data analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	Sjukskötarna upplevde MI som en krävande, berikande och användbar metod som främjar medvetenhet och handledning i vårdrelationen. MI är också ett värdefullt verktyg för dem som jobbar med hälsopromotion inom primärhälsovården.
Greaves, C. J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., Gale, T., Hammerton, F. & Daly, M. (2008).	Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomized controlled trial	Undersöka effekten av en lågkostnadsintervention utförd inom primärhälsovården för att minska risken för diabetes genom viktminskning och fysisk aktivitet. Personalen var inte tidigare anställda inom den offentliga sjukvården i Storbritannien.	141 deltagare med BMI >28kg/m <sup>2</sup> med risk för diabetes, delades in i interventionsgrupp och en grupp som fick ”normal vård”. Interventionsgruppen fick individuell rådgivning av hälsorådgivare som fått utbildning om MI.	Fler i interventionsgruppen nådde målet för 5 % viktnedgång. Ökningen i fysisk aktivitet till 150 minuter/ vecka skiljde sig inte betydligt mellan grupperna. → Rekrytering av personal utanför den existerande hälsovården, med kort träning i MI, kan hjälpa individer till viktminskning på 5%

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Ljung, S., Olsson, C., Rask, M. & Lindahl, B. (2012)	Patient experiences of a theory-based lifestyle-focused group treatment in the prevention of cardiovascular diseases and type 2 diabetes	Undersöka patienters erfarenheter av livsstilsfokuserad gruppbehandling vid prevention av diabetes och kardiovaskulär sjukdom.	Den teoretiska referensramen baserade sig på den sociala kognitiva teorin (SCT) med fokus på självkompetens. Behandlingen fokuserade på att göra små, mätbara förändringar i stället för att ha mål på en väldigt hög nivå. Personalen använde sig av MI och stävade till att ge uppmuntran och stöd. 19 personer (BMI över 30) deltog i behandling och intervjuades kvalitativt angående upplevelserna av behandlingen.	Studien visade att deltagarna gick igenom en process av självutveckling som fördjupade deras förståelse för det egna ansvaret för hälsa och deras färdigheter att hitta stöd i andra förbättrades.
Penn, L., Moffatt, S. M. & White, M. (2008)	Patients' perspective on maintaining behavior change: a qualitative study within the European Diabetes Prevention Study	En kvalitativ studie med syfte att förstå upplevelsen hos patienter som upprätthöll beteendeförändring, för att kunna dra nytta av informationen i framtida interventioner.	15 individer som lyckats upprätthålla beteendeförändring i åtminstone 2 år efter en intervention valdes till studien. De intervjuades för att ta reda på vad som stödde och vad som hindrade upprätthållandet av beteendeförändringen.	Kategorier som identifierades var individuella (både psykiska och fysiska), sociala och miljömässiga faktorer. Redan förekommande fysiska åkommor (t.ex. artrit) och sociala krav hindrade. Däremot stöddes upprätthållandet av fördelarna att komma i form, socialt stöd och stöd från professionella. Deltagarna uppskattade att de professionella använde sig av MI.
Penn, L., White, M., Oldroyd, J., Walker, M., Alberti, K. G. M.M. & Mathers. J. C. (2009)	Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK	Hypotesen att man kan förebygga DM2 med livsstilsintervention undersöktes och sekundära resultat i relation med diabetesförekomst	102 deltagare (genomsnitts ålder 57, BMI 34 kgm <sup>-2</sup> ) med IGT delades in i interventionsgrupp och kontrollgrupp. MI användes i	Den övergripande förekomsten av DM2 minskades med 55 % i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. De som behöll den fördelaktiga

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
		utforskades.	individuella samtal. Målet var att reducera vikt, öka fysisk aktivitet, öka fiber och kolhydratintaget samt att minska intag av fett.	förändringen i två år eller längre reducerade sin risk att insjukna i DM2.
Perry, C. & Butterworth, S. (2011)	Commitment strength in motivational interviewing and movement in exercise stage of change in women.	Undersöka relationen mellan kvinnors engagemang i att förändra nivån av fysisk aktivitet under en inledande MI-session och deras fysiska aktivitet 12 veckor senare samt mellan kvinnornas stadi i SOC (stageofchange), styrkan av deras verbala engagemang i förändringen, samt deras nivå av fysisk aktivitet.	Som en del av ett 12-veckors promenadprogram spelades inledande MI-sessioner in med totalt 20 kvinnliga patienter från landsbygden. Engagemangets styrka under MI-sessionen, SOC före och efter interventionen samt minuter av fysisk aktivitet mättes under den 12-veckor långa interventionen.	Det fanns ett klart samband mellan commitmentstrength och SOC, samt mellan SOC och fysisk aktivitet. Dock kunde man inte bevisa att commitmentstrength inte förutsäger fysisk aktivitet, det krävs mera forskning i ämnet.
Persson, M. & Friberg, F. (2009).	The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation.	Beskriva upplevelsen av en hälsokonversation ur deltagarens synvinkel efter att ha fått information om att ha ökad risk för kardiovaskulär sjukdom.	9 personer deltog år 2004 i en intervju med öppna frågor. Intervjun analyserades sedan fenomenologiskt.	3 teman identifierades: det oundvikliga meddelandet, reflektioner över konversationens innehåll och den pedagogiska dialogen.
Pollak, K., Østbye, T., Stewart, A., Gradison, M., Bastian, L., NamenekBrouwer, B & Lyna, P. (2007).	Empathy goes a long way in weight loss discussions.	Undersöka hur viktrelaterade ämnen diskuteras mellan läkare och deras överviktiga kvinnliga patienter.	25 preventiva hälsobesök hos 7 olika läkare med överviktiga patienter spelades in och kodades både kvantitativt och kvalitativt. Sedan testades sambanden mellan de olika faktorerna med patienternas nämnda försök till viktmedgång, kostförändring och ändrade motionsvanor en månad efter besöket.	Vikten nämndes i 19 besök av 25 och 67 % av patienterna tog själva upp ämnet. 9 vikt relaterade diskussionsämnen identifierades: fysisk aktivitet, diet, BMI, psykosociala faktorer, remittering till näringsterapeut, viktminskningsoperation, målsättning, viktminskningsläkemedel och undvikande av hälsovård.



Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
				Användningen av MI samt ett empatiskt bemötande resulterade i att patienterna försökte gå ner i vikt och ändra sina motionsvanor.
Vermunt, P., Milder, I., Wielaard, F., Baan, C., Schelfhout, J., Westert, G. & Oers, H. (2012)	Implementation of a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery	Artikeln undersökte deltagarnas åsikter om interventionen, ledarnas attityd och expertis, tillfredsställelse med strukturen och intensiteten av interventionen. De professionellas uppfattning om förverkligandet, samt hinder i förverkligandet undersöktes.	Interventionen bestod av individuell rådgivning av vårdare och allmänläkare samt grupprådgivning. Sköterskorna gick en kurs i MI.	Deltagarna var nöjdare med rådgivningen som de fick av vårdarna (som fått utbildning i MI). Majoriteten av läkarna upplevde låg självkompetens för kostvägledning. Brist på tid för rådgivning, motivation hos patienten och ekonomisk ersättning sågs som viktiga hinder för förverkligandet av intervention.