

”Nye muligheter i livet med type 2 diabetes”

Et kvalitativt studie om hvordan personer med type 2 diabetes erfarer
veiledningsmetoden ”Guidet Egen-Beslutning”



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Selvvalgt fordypning

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Bettina Rasmussen Bruun

Veileder: Professor Bjørg Karlsen/1. amanuensis Bjørg F. Oftedal

Stavanger, juni 2015

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Bettina Rasmussen Bruun

VEILEDER: Professor Bjørg Karlsen
1. amanuensis Bjørg F. Oftedal

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: "Nye muligheter i livet med type 2 diabetes". Et kvalitativt studie om hvordan personer med type 2 diabetes erfarer veiledningsmetoden "Guidet Egen-Beslutning"

Engelsk tittel: "New opportunities in life with Type 2 diabetes". A qualitative study on how people with type 2 diabetes experience the counselling method "Guided Self- Determination"

EMNEORD/STIKKORD:

Type 2 diabetes, guided egen-beslutning, patienterfaringer, motivation, egenhåndtering, empowerment

ANTAL SIDER: 95 inkl. bilag

STAVANGER d. 29. Juni 2015

FORORD

Så er 2 års spændende studier ved vejs ende. Det har været et privilegium at have muligheden for at fordybe sig i sundhedsvidenskaben efter mange år i klinisk praksis og jeg har fået masser af nyttig kundskab jeg nu kan tage tilbage til arbejdslivet med.

At skrive denne masteropgave har været lærerigt og udfordrende og jeg har flere at takke for, at jeg nu er kommet i mål:

- En stor tak til de patienter der velvilligt har åbnet deres dør og tillidsfuldt delt deres erfaringer med mig. Uden dem havde det ikke været muligt at lave denne opgave. Også en stor tak til de sygeplejersker fra almen praksis der, i en travl hverdag, har prioriteret at formidle kontakten til patienterne.
- Mine 2 vejledere, Bjørg Karlsen og Bjørg F. Oftedal har været guld værd og jeg er meget taknemmelig for deres støtte, store viden og konstruktive tilbagemeldinger. Det er gennem jeres engagement og hjælp at jeg nu kan aflevere et produkt jeg er stolt af. Tak!
- Også tak til medstudenter og undervisere på UIS for god sparring undervejs.
- Til slut en kærlig hilsen til min familie, der har støttet mig og udvist stor tålmodighed og forståelse under hele denne proces.

Stavanger, juni 2015

Bettina Rasmussen Bruun

Indholdsfortegnelse

FORKORTELSER ANVENDT I OPGAVEN:	1
RESUMÉ	2
1 INTRODUKTION	3
1.1 Baggrund for valg af tema	5
1.1.1 Litteratursøgning	5
1.1.2 Opfølgning af type 2 diabetes i almen praksis	5
1.1.3 Type 2 diabetes - en udfordrende kronisk sygdom	7
1.1.4 Interventionen Guided Egen-Beslutning	10
1.2 Samarbejde med projekt om Guided Egen-Beslutning	12
1.3 Hensigt og problemstilling	13
1.4 Opgavens opbygning	14
2 TEORETISK REFERENCERAMME	14
2.1 Vigtigheden af selvbestemmelse og motivation	15
2.1.1 Indre og ydre motivation	16
2.1.2 Behovet for autonomi, kompetence og tilhørighed	16
2.1.3 Internalisering – fra ydre kontrol til indre motivation	18
2.2 Mestringsforventning	20
2.3 Ændringsprocessen – Stages of Change	21
2.4 Empowerment i individuel diabetesbehandling	23
2.5 Model som illustrerer den teoretiske referenceramme	25
3 METODE	26
3.1 Valg af kvalitativ metode	26
3.2 Forforståelse	27

3.3	Udvalg og rekruttering	28
3.3.1	Udvalg	28
3.3.2	Rekruttering	29
3.4	Dataindsamling	30
3.4.1	Individuelle, semistrukturerede interviews	30
3.4.2	Udarbejdelse af interviewguide	30
3.4.3	Lokaliteter og teknisk udstyr	32
3.4.4	Interviewsituationen og rollen som interviewer	32
3.5	Dataanalyse	33
3.5.1	Kvalitativ indholdsanalyse	34
3.5.2	Analyseprocessen	34
3.6	Metodiske overvejelser	37
3.6.1	Troværdighed	37
3.6.2	Pålidelighed	39
3.6.3	Overførbarehed	40
3.7	Forskningsetiske overvejelser	40
4	FUND	41
4.1	En øget handlingskompetence	43
4.1.1	Et håb om hjælp	43
4.1.2	Bevidstgørelse på mål, handlinger og konsekvenser	44
4.1.3	Et skub til troen på at være på rette vej	47
4.2	En re-fortolkning af livet med diabetes	49
4.2.1	At invitere diabetes ind i livet	49
4.2.2	At finde nye ressourcer og muligheder i sygdommen	52
4.3	En motiverende og ligeværdig dialog	54
4.3.1	At blive set og hørt	54
4.3.2	Egenbeslutning med støtte	57
5	DISKUSSION AF FUND	59
5.1	Nye muligheder i livet med type 2 diabetes	59
5.1.1	En øget handlingskompetence	59
5.1.2	En re-fortolkning af livet med diabetes	64

5.1.3	En motiverende og ligeværdig dialog	67
6	OPSUMMERING OG IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	69
6.1	Hvad forventede deltagerne at vejledningen kunne bidrage med i relation til egenhåndtering og blev disse forventninger mødt?	70
6.2	Hvilken indflydelse har vejledningen haft på måden deltagerne forholder sig til det at leve med diabetes?	71
6.3	Hvordan erfarer deltagerne relationen til sygeplejersken når GEB blev anvendt?	71
6.4	Implikationer for praksis og videre forskning	72
7	REFERENCER	74
	Bilag 1: GEB til type 1 diabetes	85
	Bilag 2: Forespørgselsbrev + samtykkeerklæring	87
	Bilag 3: Oplysninger om deltagere i studiet	89
	Bilag 4: Interviewguide	90
	Bilag 5: Svar på forespørgsel til REK	93
	Bilag 6: Godkendelse fra NSD	94

Forkortelser anvendt i opgaven:

GEB:	Guided Egen-Beslutning
HbA1c:	Hæmoglobin A1c
IDF :	International Diabetes Federation
NCD:	Non-communicable disease
NSD:	Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste
REK:	Regionale komiteer for medicinsk og helsefaglig forskningsetikk
RCT:	Randomized Controlled Trial
SDT:	Self-Determination Theory
T1DM:	Type 1 diabetes
T2DM:	Type 2 diabetes
UIS:	Universitetet i Stavanger
WHO:	World Health Organisation

Resumé

Type 2 diabetes er en sygdom i vækst der stiller store krav til den enkelte. Det kræver god egenhåndtering at forebygge senkomplikationer, opnå god livskvalitet og mange klarer det ikke alene. Støtte og vejledning fra sundhedspersonale synes derfor central for at styrke patienternes motivation og kompetencer. I forbindelse med et projekt på Universitetet i Stavanger, fik jeg mulighed for at undersøge erfaringer blandt personer med type 2 diabetes, der havde gennemgået vejledning med interventionen ”Guidet Egen-Beslutning” i almen praksis. Interventionen har som formål, at hjælpe patienter til afklaring og forandring når livet med diabetes er udfordrende. Studiet havde et kvalitativt design baseret på 9 individuelle, semistrukturerede interviews der blev analyseret ved hjælp af kvalitativ indholdsanalyse. Analysen ledte frem til hovedtemaet: Nye muligheder i livet med type 2 diabetes. Dette er en illustration af, at flere deltagere gik ind til vejledningen med et håb om hjælp og gennem en bevidstgørelse på mål, handlinger og konsekvenser opstod der en ændret handlingskompetence og en tro på at være på rette vej. Samt at vejledningen medførte en re-fortolkning af livet med sygdommen, hvor deltagerne inviterede diabetes ind i livet og fandt nye ressourcer og muligheder for egenhåndtering. Endvidere, at relationen med sygeplejersken blev opfattet som motiverende, ligeværdig og gav en følelse af at blive set, hørt og støttet i egenbeslutning. Studiet er, så vidt vides, det første der har undersøgt hvordan metoden erfares af voksne med type 2 diabetes og bidrager derfor med vigtig kundskab om vejledningsmetodens betydning for denne patientgruppe. Ligeledes understreger studiet vigtigheden af sygeplejerskens rolle som vejleder i almen praksis.

1 Introduktion

Dette studie omhandler hvordan voksne med type 2 diabetes (T2DM) erfarer at få vejledning med en intervention¹, Guided Egen-Beslutning (GEB), i almen praksis. Interventionen har som overordnet formål at guide patienterne til god egenhåndtering² af diabetes.

T2DM er en kronisk sygdom i stadig vækst. Der findes ikke eksakte tal for forekomsten i Norge, men anslået, lever op mod 190.000 personer med sygdommen og formentlig ligeså mange er endnu uopdagede (Folkehelseinstituttet, 2014). På verdensplan skønner IDF at 382 millioner personer har diabetes, heraf de fleste type 2. Forekomsten er stigende og i 2035 vil antallet formentlig nå op på 592 millioner globalt (International Diabetes Federation, 2013). Der er således tale om en pandemi der udgør én af vor tids største sundhedsudfordringer.

T2DM er en kronisk stofskiftesygdom, karakteriseret ved metabolisk syndrom der indebærer forstyrrelser i kulhydrat-, fedt- og proteinomsætningen. Nedsat insulinfølsomhed i kombination med reduceret insulinsekretion fører til, at blodsukkeret stiger og T2DM udløses. T2DM rammer ofte personer over 40 år og risikoen øger med alderen. Dog ses sygdommen i stigende grad hos yngre. Den øgede forekomst skyldes høj levealder, urbanisering, livsstil med usunde kostvaner og mindre fysisk aktivitet end tidligere. Årsagen til T2DM er således flere, herunder arv, overvægt og nedsat fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013).

Behandlingen af T2DM stiler mod at holde blodsukker så nært normalniveau som muligt, dvs. fastende blodsukker mellem 4-6 mmol/l og 4-10 mmol/l ikke-fastende (Helsedirektoratet, 2009). De nationale kliniske retningslinjer for diabetesbehandling

¹ Intervention: Et tiltag i sundhedsvæsenet med den hensigt at påvirke patientens motivation og evne til at foretage ændringer (Prescott & Børtveit, 2004).

² International Diabetes Federation (IDF) (2012) definerer egen-håndtering (self-management) således: "Self-management refers to the individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences and lifestyle change inherent in living with a chronic condition" (s. 22). Jeg anvender egen-håndtering synonymt med egenomsorg og egen-behandling.

(Helsedirektoratet, 2009), anbefaler et langtidsblodsukker (HbA1c³) på 7,0 % eller mindre. Patienterne anbefales moderat fysisk aktivitet 30 min. dagligt, vægtreduktion på 5-10 % ved overvægt/fedme og sund kost med reduktion af kulhydrat og fedt. En del patienter kan i starten undgå medicinsk behandling ved omlægning af kost og motionsvaner, men da sygdommen er progredierende vil de fleste få behov for tabletbehandling og med tiden insulin, afhængig af hvor længe de har levet med sygdommen (Helsedirektoratet, 2009).

Sygdommen udvikles ofte over tid med diffuse symptomer, hvilket medfører at flere på diagnosetidspunktet allerede har udviklet senkomplikationer. Senkomplikationerne kan blandt andet medføre øjenforandringer (retinopati), forhøjet protein udskillelse (nefropati), øget risiko for hjertekarsygdomme og neuropati med risiko for amputationer (Helsedirektoratet, 2009; Taylor, 2012).

Det anslås, at det er personen med diabetes som selv udfører op til 98% af den daglige omsorg og derved påvirker diabetes mange aspekter i dagligdagslivet (Anderson & Funnell, 2010; Taylor, 2012). At opnå en god og hensigtsmæssig diabetesregulering er kompleks og forskning viser, at god egenhåndtering kan være vanskelige at udføre og opretholde over tid (Norris, Lau, Smith, Schmid & Engelau, 2002; Heinrich, Schaper & de Vries, 2010). Mange klarer ikke at leve op til anbefalinger og behandlingsplan og det anslås, at kun 1 ud af 8 med T2DM i Norge, opnår de anbefalede mål for blodglukose, blodtryk og lipider (Jenssen, Tonstad, Claudi, Midthjell & Cooper, 2008). Forskning indikerer derfor, at personer med T2DM har brug for støtte af sundhedspersonale, for at få gode forudsætninger for egenhåndtering og dermed mestre livet med diabetes (Lorig & Halman, 2003; Oftedal, Karlsen & Bru, 2010a).

³ Gennemsnitligt blodsukker gennem 6-8 uger (Helsedirektoratet, 2009). Et HbA1c niveau på 7,0 % svarer omregnet ca. til et gennemsnitligt blodsukker på 8,2 mmol (Diabetesforbundet, 2015).

1.1 Baggrund for valg af tema

1.1.1 Litteratursøgning

For at undersøge tidligere forskning, har jeg foretaget en grundig litteratursøgning gennem efteråret 2014 og starten af 2015. Jeg har brugt databaserne *Cinahl*, *Medline*, *PubMed*, *Academic Search Premier*, *Eric*, *Scopus*, *Isi Web of science* og *Cochrane*, til systematisk søgning.

Da der findes store mængder publiceret forskning på interventioner til personer med type 2 diabetes, valgte jeg at begrænse denne del af søgningen til review artikler der er publiceret fra 2002-2015. Jeg brugte følgende søgeord i forskellige kombinationer: *type 2 diabetes*, *self-care*, *self-management*, *interventions*, *life-style interventions*.

Jeg har derudover lavet en søgning på artikler omhandlende den specifikke intervention, Guidet Egen-Beslutning, med søgeordene: *Guided Self-Determination*, *diabetes*.

Endelig har jeg lavet en søgning med forskellige kombinationer af søgeordene *motivation*, *self-determination*, *self-efficacy*, *patient experience*, *qualitative*, *type 2 diabetes*, *nurse intervention*, *empowerment*, *primary care* for at finde forskning til at underbygge min problemstilling. Jeg har ligeledes lavet manuelle søgninger på baggrund af referencelister i artikler og bøger, fået indspil og tips af vejledere, medstuderende og andre med kendskab til feltet. Endelig har jeg søgt nationale retningslinjer, stortingsmeldinger, strategier og rapporter, samt internationale rapporter med relevans for studiet.

Tidligere forskning præsenteres løbende gennem introduktionen. Det har jeg valgt, i samarbejde med mine vejledere, da vi fandt det mest hensigtsmæssigt og naturligt i forhold til temaet.

1.1.2 Opfølgning af type 2 diabetes i almen praksis

Diabetes er en af de ikke-smitsomme sygdomme der er skyld i flest dødsfald både nationalt og på verdensplan. Derfor er diabetes et prioriteret satsningsområde som WHO's medlemslande, herunder Norge, har forpligtet sig på at forsøge at reducere inden 2025 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013; World Health Organization, 2014).

Helse- og Omsorgsdepartementet (2013) har i deres NCD-strategi⁴ for 2013-2017 har bl.a. som mål, at Norge skal være foregangsland for forebyggelse, opfølgning og rehabilitering af diabetes med det formål at bremse sygdomsudviklingen og bedre livskvaliteten hos dem der lever med T2DM. Flere nationale stortingsmeldinger understreger ligeledes vigtigheden af fokus på kroniske sygdomme, herunder diabetes (Meld. St. 16, 2010-2011; Meld. St. 29, 2012-2013; Meld. St. 19, 2014-2015).

Personer med T2DM i Norge får ved sygdomsdebut tilbudt et lærings- og mestringskursus i hospitalsregi og overgår derefter til opfølgning i almen praksis. Opfølgningen i almen praksis baserer sig på nationale kliniske retningslinjer for diabetesbehandling, som er anbefalinger baseret på evidensbaseret kundskab og god klinisk praksis (Helsedirektoratet, 2009). Anbefalingerne er ikke retsligt bindende, men er ment som et hjælpemiddel og bør være styrende i forhold til planlægning og prioritering i den kliniske hverdag.

Målet med diabetesbehandlingen er at forebygge og reducere senkomplikationer og stimulere til egenhåndtering med det mål at opnå bedst mulig livskvalitet for patienten. Retningslinjerne anbefaler, at personer med T2DM som hovedregel følges op i almenpraksis med en kontrolhyppighed på hver 2. – 6. måned afhængigt af behov, men som minimum anbefales 1 grundig årskontrol ved ukomplicerede forløb uden senkomplikationer. Kontrollerne kan ivaretages af læge og andre faggrupper, eksempelvis sygeplejersker, der er optrænet i diabetesomsorg og flere steder i almen praksis er der tilknyttet en sygeplejerske til at ivaretage vejledningen (Jenum, Claudi & Cooper, 2008; Helsedirektoratet, 2009). Retningslinjerne anbefaler, at oplæringen bør være både en kontinuerlig proces i den individuelle opfølgning og som et læringstilbud i grupper. Oplæringen skal have fokus på at øge både den teoretiske og praktiske kundskab hos patienten, men også på de psykosociale aspekter der er knyttet til at leve med type 2 diabetes (Helsedirektoratet, 2009). Videre understreges det, at behandlingsmålene bør søges opfyldt for at fremme patientens livskvalitet, men at der skal gøres individuelle afvejsninger i forhold til medicinsk gevinst og de belastninger det kan medføre for patienten (Helsedirektoratet, 2009).

⁴NCD-startegien er en national strategi for forebyggelse, diagnosticering, behandling og rehabilitering af 4 ikke-smitsomme sygdomme: Hjerte- kar sygdom, diabetes, KOL og kræft (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013).

Undervisning og vejledning bør ske gennem motiverende samtaler hvor man lægger til rette for aktiv involvering af patienten så vejledningen bliver personcentreret og ikke ekspertstyret (Helsedirektoratet, 2009; Raijmakers et al, 2014; Anderson & Funnell, 2010). Personcentreret diabetesbehandling har flere ligheder med empowerment⁵ tænkning hvor respekten for patientens autonomi, selvbestemmelse og motivation er central (Holmström & Röning, 2010). Det betyder at sundhedspersonale i høj grad må tage udgangspunkt i den enkelte person og stimulere til egen-håndtering. Fokus er dermed flyttet fra en biomedisk tænkning med sygdommen i fokus, til en mere holistisk tilgang hvor patienten er ekspert på eget liv. Opfølgningen er et samarbejde, hvor patientens hverdags erfaring og sygeplejerskens faglige kompetencer bør komplementere hinanden (Funnell & Anderson, 2004).

1.1.3 Type 2 diabetes - en udfordrende kronisk sygdom

Egenhåndtering er en nøglefaktor for at opnå en god og hensigtsmæssig metabolisk kontrol og forebygge eller bremse senkomplikationer (Helsedirektoratet, 2009; Funnell et al., 2012). Det indebærer daglige rutiner i forhold til kost, motion/fysisk aktivitet, medicinering, blodsuktermåling og kontrol/opfølgning af sundhedspersonale, så vel som håndtering af de følelsesmæssige udfordringer i livet med diabetes (Ahola & Groop, 2013; Funnell et al., 2012, Helsedirektoratet, 2009). Der er således mange komplekse afvejsninger personen med T2DM dagligt må gøre.

At opnå en god egenhåndtering betyder for mange ændring af tidligere livsstil og vaner og forskning viser, at det kan opleves som vanskeligt, da det drejer sig om vaner man har opbygget gennem et langt liv. Ændringer kan komme i konflikt med grundlæggende livsværdier som eksempelvis behov for tilhørighed, interesser og autonomi (Oftedal, Karlsen & Bru, 2010b). Specielt ændring af kostvaner kan være konfliktfyldt og medføre social stigmatisering hvis man eksempelvis ikke kan spise det samme som andre i sociale sammenhænge (Oftedal et al., 2010b). Eller hvis man oplever at personer i det nære sociale netværk blander sig og kontrollerer hvad man spiser eller ikke støtter op om forsøg

⁵ Empowerment er et begreb der er svært at finde en god nordisk oversættelse af. Ord som *mobilisering*, *brugermedvirking* og *bemyndigelse* bruges om begrebet. Empowerment handler om styrke, kraft og magtoverførelse. At vi mennesker vil være kraftfulde og have kontrol over eget liv (Askheim, 2007).

på kostændringer (Mayberry & Osborn, 2012). Det er ligeledes en udfordring at komme i gang med og at opretholde fysisk aktivitet, måle blodsukker regelmæssigt og handle derpå (Ahola & Croop, 2013).

Det er kendt, at psykosociale aspekter har en stor betydning for den enkeltes evne til egenhåndtering og medvirkning i behandlingen (Peyrot et al., 2005). Vanskeligheder ved at leve med sygdommen kan medføre psykosocialt stress og forekomsten af depression og selvrapporert dårlig livskvalitet er højere hos personer med T2DM, end hos normalbefolkningen (Helsedirektoratet, 2009; Peyrot et al., 2005; Egede & Ellis, 2010). Psykosocialt stress kan medføre dårlig diabetes regulering og egenomsorg (Taylor, 2012) og dermed kan patienten ende i en ond cirkel hvor livskvaliteten påvirkes negativt.

Mangel på motivation til at foretage ændringer, peges på som en af de vigtigste årsager til ikke-optimal diabetesregulering (Ofstedal, 2011). Både forskning og teori støtter, at indre motivation er central for at være motiveret for ændringer (Ryan & Deci, 2002; Julián, Senécal & Guay, 2009). Dog kan også ydre støtte, f.eks. fra sygeplejerske, være med til at øge patientens indre motivation og selvbestemmelse (Anderson & Funnell, 2010; Raijmakers et al., 2014).

1.1.3.1 Behovet for støtte og vejledning

Forskning og de nationale kliniske retningslinjer peger dermed på, at støtte og vejledning er vigtig for opnåelse af god egen-håndtering (Helsedirektoratet, 2009; Kirk, Penney, McHugh & Sharma, 2012; Isakson, Haidarevic, Abrahamson, Stenvall & Hörnsten, 2014).

Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk (2013) har i et norsk kvalitativt studie på baggrund af semistrukturerede dybdeinterviews, undersøgt hvordan personer med T2DM udfører og vedligeholder livsstilsændringer efter at have deltaget i gruppebaseret egenomsorgs undervisning. De fandt at tilegnet viden/kundskab, at tage ansvar og modtage bekræftelse på en allerede sund livsstil var essentiel for at kunne udføre livsstilsændringer og spillede ind på om ændringer blev implementeret. Derudover identificerede de fire faktorer der motiverede til at vedligeholde ændringerne over tid: Oplevelsen af støtte fra andre, oplevelsen af effekt, frygten for senkomplikationer og dannelse af nye vaner. Desuden fandt de, at viden ikke førte til ændringer hvis patienterne anså diabetes som ”ikke så

farlig” eller hvis de vurderede at ændringer ville være for tidsskrævende. Ljung, Olsson, Rask & Linddahl (2013) har gennem kvalitative interviews undersøgt erfaringer blandt personer med type 2 diabetes der har gennemgået livsstilsfokuseret gruppeundervisning og fandt, at patienterne gennemgik en selvudviklingsproces som medførte en dybere forståelse af ansvar for egen sundhed og gav dem øgede færdigheder i at mobilisere støtte og dermed en øget mestringsevne i forhold til ændringer.

Autonomistøtte fra sundhedspersonale peges på som en vigtig faktor for at patienten skal finde motivation til ændringer (Serrano-Gil & Jacobs, 2010; Oftedal et al., 2010b, Rise et. al., 2013, Minet, Lønvig, Henriksen & Wagner, 2011; Nouwen et al., 2011). Raaijmakers et al. (2014) fandt i et stort surveystudie blandt andet, at patienter som oplever at blive støttet i deres autonomi af sundhedspersonale, havde signifikant højere egenhåndterings færdigheder. Studiet indikerer vigtigheden af mastery (en oplevelse af at mestre en situation) i relation til patienters oplevelse af autonomistøtte, egenhåndterings færdigheder og livskvalitet. Da en større grad af mastery sandsynligvis vil øge patientens autonome motivation til at håndtere sygdommen, foreslår de at interventioner bør målrettes mod at påvirke patientens motivationsregulering. Netop lavt mål på ejerskab/lav autonom regulering er også som oftest det der får patienter til at droppe af ud af livsstilsinterventioner (Huisman, Maes, De Gucht, Chatrou & Haak (2010). Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh (2014) fandt, at vejledning med basis i motiverende interview har potentiale til at aktivere selvbestemmelse, ændring og en ny måde at tænke på livsstil på, hvis samtalerne vægter gensidig interaktion mellem patient og sygeplejerske og har fokus på at tilskynde patientens initiativ og frie vilje. Moser, van der Bruggen & Widdershoven (2006) har på baggrund af individuelle dybdeinterview undersøgt hvordan personer med T2DM oplever og praktiserer autonomi i en vejledningssituation. De konkluderer bl.a., at autonomi for en person med type 2 diabetes er individuelle færdigheder, så som at se muligheder og have kapacitet og viden, der giver dem mulighed for at kunne skabe og forme deres eget liv. De fandt, at motivation har forskellige komponenter der understøtter de færdigheder, heriblandt egenomsorg, velkommen paternalisme, egen beslutning, delt beslutningstagen, planlagt overvågning/opfølgning og et responderende forhold med sygeplejersken. Dette er konsistent med anden forskning der fremhæver fokus på motivation og autonomi (Coulter et al., 2015; Shikagi et al., 2010).

Opsummeret tyder forskningen på, at vejledning til personer med type 2 diabetes bør have et individuelt udgangspunkt og fokusere på styrkelse af viden/kundskab, selvbestemmelse og motivation i et samarbejde mellem patient og sygeplejerske. Forskning viser også at mangel på disse elementer kan være barrierer der er vanskelig for patienten at overkomme (Ahola & Groop, 2013). Der er derfor en stigende erkendelse af nødvendigheden af at finde egnede vejledningsmetoder og interventioner til at støtte patienter i at opnå adækvat diabetesregulering.

Der er gennem tiden gjort store mængder forskning på effekten af interventioner med det formål at fremme motivation for egen-håndtering hos voksne med T2DM og resultaterne er blandede. Nogle studier viser gode resultater for egen-håndtering og kliniske parametre på kort sigt, men ikke entydigt på lang sigt (Clark, 2008) mens andre studier har vist at interventioner med det formål at fremme egenhåndtering kun er moderat effektive (Radhakrishnan, 2012; Coulter et al., 2015).

Der er i almen praksis i Norge endnu ikke implementeret egentlige programmer for livsstilinterventioner for denne patientgruppe. Der synes derfor at være et behov for forskning og erfaringer med interventioner, der har fokus på adfærdsændring, motivation og selvbestemmelse for personer med T2DM i almen praksis og som er bygget på et teoretisk grundlag. Både for at forstå kompleksiteten i egenhåndtering af diabetesrelaterede udfordringer og hvordan egenhåndtering kan stimuleres gennem vejledning fra sundhedspersonale.

1.1.4 Interventionen Guided Egen-Beslutning

Den danske sygeplejerske og forsker, Vibeke Zoffmann, har på baggrund af et ”grounded theory” studie, udviklet interventionen ”Guidet Egen-Beslutning”, der er teoretisk funderet og netop har fokus på adfærdsændring, motivation og selvbestemmelse (Zoffmann & Kirkevold, 2012). GEB er en intervention, der oprindeligt er udviklet til personer med en vanskelig regulerbar type 1 diabetes (T1DM). Målet med interventionen er, at guide både patient og behandler til meningsfuld og effektiv problemløsning gennem gensidig refleksion ved hjælp af forskellige refleksionssark (Zoffmann & Kirkevold, 2012) (Bilag 1). Metoden er inspireret af Self-Determination teori og empowerment

filosofien og foreslår life-skills (livsdygtighed) som et mål for individuel diabetesbehandling: "Life skills consist of personal, interpersonal, cognitive and physical skills which enable people to control and direct their lives, and to develop capacity to live with and produce change in their environment" (Nutbeam, 1998, s. 360).

I GEB tilskyndes patienten at udforske vanskeligheder og erfaringer med livet med diabetes. Interventionen skal ruste patienten til problemløsning, at opstille og evaluere mål og tage egne velreflekterede beslutninger for egenhåndtering. Interventionen er et samarbejde mellem patient og sygeplejerske og forskellige opfattelser og synspunkter mellem patient og behandler betragtes som legitime, da de giver rum og potentiale for en ændringsproces der kan udforskes i relationen (Zoffmann & Lauritzen, 2006).

GEB er baseret på 7 samtaler, hvor patienten op til hvert besøg hjemme udfylder refleksionsark som danner grundlag for samtalen med sygeplejersken. Disse refleksionsark er udformet til at øge patientens evne til at udtrykke sine synspunkter og forberede dem til aktiv deltagelse i beslutninger om deres behandling og mål. Dette ud fra den betragtning, at motivation baseret på autonomi og selvbestemmelse er en forudsætning for empowerment (Zoffmann & Lauritzen, 2006; Funnell et al., 1991). Refleksionsarkene er semistrukturerede med forskellige instrumenter baseret på transteoretisk Stages of Change teori og dynamisk problemløsning (Zoffmann & Lauritzen, 2006).

GEB har vist gode forskningsresultater for personer med dysreguleret T1DM. Zoffmann & Lauritzen (2006) fandt i deres RCT studie, at dårligt regulerede patienter med T1DM, oplevede en forbedring af HbA1c og livsdygtighed over 1 år, efter at have fået gruppebaseret vejledning ved hjælp af GEB. De fandt en øgning i oplevet autonomistøtte fra sundhedspersonale, højere frekvens af blodsukkermålinger, øget oplevelse af kompetence til at håndtere diabetes, færre diabetes relaterede problemer og forbedret glykæmisk kontrol. I et andet studie har Zoffmann & Kirkevold (2012) kvalitativt undersøgt erfaringer med individuel vejledning med GEB, både blandt patienter med T1DM og sygeplejersker. De konkluderer, at både patient og sygeplejerske gennem vejledning med GEB, overkom barrierer for empowerment. De opnåede delt beslutningstagning, en jeg-du relation, løste livs- vs. sygdom konflikter og etablerede et

meningsfuldt og effektivt samarbejde. Patienterne viste stor forbedring i deres evne til at identificere, udtrykke og dele individuelle problemer ved at leve med diabetes.

Der er pr. i dag ikke forskning på GEB vejledning til personer med T2DM, men Zoffmann & Lauritzen (2006) foreslår, at interventionen formentlig ville kunne anvendes til T2DM med enkelte justeringer. T1DM og T2DM er 2 forskellige sygdomme. T1DM er en autoimmun sygdom med ophørt insulinproduktion og vil derfor altid være insulinbehandlet. Denne diabetestype opstår ofte før 40 års alderen og fokus på livsstilændringer er ikke ligeså stærkt som hos T2DM. Personer med T1DM vil kunne spise stort set normalt ved korrekt insulindosis og overvægt er ikke ligeså fremtrædende hos denne gruppe. Til gengæld kan der være store udfordringer i forhold til f.eks. hypoglykæmi (lavt blodsukker) og mange daglige blodsuktermålinger og insulininjektioner. Der er således forskellige udfordringer og problemstillinger for personer med T1DM og personer med T2DM (Helsedirektoratet, 2009).

På baggrund af eksisterende forskning, og GEB's positive resultater for T1DM, vil det derfor være interessant at undersøge hvilke erfaringer personer med T2DM har med at få vejledning med GEB. Dette kunne formentlig bidrage til at belyse hvordan personer med T2DM oplever struktureret vejledning og samtaler omkring deres liv og håndtering af sygdommen, og sammen med eksisterende forskning på feltet, bidrage med kundskab til udvikling af en egnet interventionsmetode til implementering i praksis.

1.2 Samarbejde med projekt om Guided Egen-Beslutning

For at undersøge hvilke erfaringer patienter med T2DM har med at få vejledning med GEB i almen praksis, har jeg haft mulighed for at knytte mig til et projekt på UIS under titlen: "Internet-based Guided Self-determination Programme for Patients with Type 2 Diabetes in General practice: A complex intervention design". Formålet med projektet er, at udvikle en web-baseret GEB intervention til personer T2DM til brug i almen praksis. Forskergruppen i projektet består af projektleder 1. amanuensis Bjørg F. Oftedal, projektmedarbejder Professor Bjørg Karlsen og PhD kandidat Silje Stangeland Lie, alle fra UIS. Projektet er en del af et større projekt, DiaHealth, der ledes af professor Marit Graue, Høgskolen i Bergen (Diahealth, u.å).

Mit studie er knyttet til fase 1 (modelleringsfase) af projektet, hvor man dels ønsker at få kundskab omkring hvilke erfaringer patienter med T2DM har med at få vejledning ansigt til ansigt ved hjælp af den oprindelige GEB til T1DM (Bilag 1) og dels hvordan de erfarer at få vejledning ved hjælp af en modificeret udgave tilrettet T2DM. Den modificerede GEB er en tilrettet intervention til T2DM, hvor antallet af samtaler er reduceret fra 7 til 4. Man har i denne intervention fravalgt nogle af de refleksionsark der går på daglige blodsuktermålinger, da dette ikke nødvendigvis er relevant for personer med T2DM. Ligeledes har man fjernet ark omkring forekomsten af øjenkomplikationer ved T1DM og forekomsten af alvorlige tilfælde med hypoglykæmi. Den er således afkortet på de punkter der henvender sig primært til T1DM, men indeholder fortsat de centrale ark omkring problemløsning, motivation, målsætning og egen-beslutning.

Interventionerne blev gennemført i samarbejde med 4 sygeplejersker fra almen praksis der alle har gennemgået et kursusforløb i GEB på Steno Diabetes Center i Danmark. Kursusforløbet havde fokus på undervisning i brug af refleksionsarkene og på kommunikationsredskaber som aktiv lytning, spejling og værdiafklarende respons (Zoffman & Lauritzen, 2006). Tre ud af fire af de sygeplejersker der deltog i interventionen, har efteruddannelse som diabetessygeplejerske.

Håbet er, at de erfaringer der formidles i denne masteropgave, kan bidrage med kundskab til færdigudviklingen af en web-baseret GEB tilpasset patienter med T2DM til brug i almen praksis.

1.3 Hensigt og problemstilling

Med baggrund i ovenstående, ønsker jeg at undersøge hvilke erfaringer personer med T2DM har med at få vejledning med GEB i almen praksis

Min problemstilling er:

”Hvordan erfarer personer med type 2 diabetes at få vejledning baseret på Guided Egen-Beslutning (GEB) i almen praksis”?

Dette vil jeg undersøge ud fra følgende forskningsspørgsmål:

- Hvad forventede deltagerne at vejledningen kunne bidrage med i relation til egenhåndtering af diabetes og blev disse forventninger mødt?
- Hvilken indflydelse har vejledningen haft på måden deltagerne forholder sig til det at leve med type 2 diabetes?
- Hvordan erfarer deltagerne relationen til sygeplejersken når GEB blev anvendt?

1.4 Opgavens opbygning

Kapitel 1 starter med en introduktion til feltet og fokus for dette studie, baggrunden for valg af tema, herunder litteratursøgning, opfølgning af type 2 diabetes i almen praksis, udfordringer ved livet med diabetes, interventionen Guidet Egen-beslutning, samarbejde med projekt og hensigt og problemstilling. I kapitel 2 præsenteres den teoretiske referenceramme: selvbestemmelse og motivation, mestringsforventning, ændringsprocessen og empowerment, samt model der illustrerer den valgte teori. Kapitel 3 indeholder metode med begrundelse for valg af kvalitativ metode, forforståelse, udvalg og rekruttering, dataindsamling, dataanalyse samt metodiske- og forskningsetiske overvejelser. I kapitel 4 præsenteres fund og i kapitel 5 bliver fundene diskuteret. Konklusion, implikationer for praksis og videre forskning præsenteres i kapitel 6.

2 Teoretisk referenceramme

I dette kapitel præsenteres og belyses nogle aktuelle teorier og begreber som danner den teoretiske referenceramme for dette studie.

Som jeg indledningsvist har skitseret, synes motivation og selvbestemmelse at være en vigtig faktor for egenhåndtering af diabetes og ændring af livsstil. Derfor har jeg valgt at diskutere problemstillingen i lyset af dele af Deci & Ryan's (2000) selvbestemmelsesteori

(SDT) hvor motivationsaspektet, selvbestemmelse og hvordan motivation kan styrkes er central. Dette er valgt, da motivation er et centralt aspekt ved flere af mine forskningsspørgsmål som forudsætning for at opnå god egenhåndtering gennem vejledning og da SDT er en del af det teoretiske grundlag for GEB interventionen (Zoffmann & Kirkevold, 2012).

Videre vil jeg bruge dele af Banduras (1997) social cognitive theory (SDT) der betoner vigtigheden af patienters mestningsforventning (Self-efficacy) til at kunne klare udfordringer og være motiveret for ændringer. Da et af mine forskningsspørgsmål netop går på forventninger, følte det naturligt at inddrage denne teori.

Jeg vil derudover benytte elementer af Prochaska, DiClemente & Norcross' (1992) transteoretiske ændringsmodel der beskriver hvilke faser en patient går igennem i en ændringsproces og hvilken betydning det har for motivation og støtte. Også denne model er et element i GEB interventionen (Zoffmann & Kirkevold, 2012).

Endelig vil jeg belyse dele af min problemstilling i lyset af Funnel & Andersons (2000) arbejde for at diabetesbehandling og opfølgning bør have basis i empowermenttænkning. De præsenterer ikke en decideret teori, men nærmere et rammeværk for personcentreret diabetesbehandling. Denne har jeg valgt da GEB interventionen er inspireret af empowermentfilosofien (Zoffmann & Kirkevold, 2012) og da tænkningen rummer flere aspekter der er vigtige for egen-håndtering, som mine forskningsspørgsmål adresserer. Herunder betydningen af relationen mellem patient og sygeplejerske.

2.1 Vigtigheden af selvbestemmelse og motivation

Ifølge psykologerne Deci & Ryan (2000) er motivation drivkraft og energi til at handle og foretage ændringer. De har gennem en årrække via empiriske og teoretiske studier udviklet "Self Determination Theory" (SDT), som forklaring på hvad der påvirker motivationen og hvilke forudsætninger der skal være tilstede for at opnå indre autonom motivation og selvbestemmelse (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2002). Motivation er et centralt aspekt ved flere af mine forskningsspørgsmål som forudsætning for at opnå god egenhåndtering gennem vejledning.

2.1.1 Indre og ydre motivation

Motivation inddeles ifølge SDT i henholdsvis *indre-* og *ydre motivation*. Indre motivation henviser til en indre autonom motivation der er drevet af lyst, nysgerrighed eller interesse. Når en person er drevet af indre autonom motivation, vil han opnå ”Self-Determination”, som kan oversættes med at være selvbestemmende: At være autonom, have kontrol og værende styrende i eget liv. En person med type 2 diabetes der er drevet af en indre motivation vil dermed have gode forudsætninger for at føre handlinger og ændringer ud i livet, da han vil være drevet af et oprigtigt ønske, lyst og interesse (Ryan & Deci, 2002; Deci & Ryan, 2000). Også forskning indikerer, at indre motivation er central for at være motiveret til ændringer (Julién et al., 2009).

Ydre motivation er derimod kontrolleret og styret af ydre faktorer, f.eks. belønning, anerkendelse eller risiko for straf. Eksempelvis kan en ydre motivation for en person med type 2 diabetes være krav om efterlevelse af behandlingsmål (compliance), påvirkning fra sundhedspersonale eller andre ydre forventninger. Den ydre motivation vil sandsynligvis forsvinde når belønningen eller truslen ophører og bygger dermed på et mere skrøbeligt grundlag end indre motivation (Deci & Ryan, 1991).

Det er dog vigtigt at pointere, at ifølge Deci & Ryan (1995) lever vi mennesker i en social verden, hvor vi påvirkes af andre og det miljø vi omgiver os i og vi forsøger kontinuerligt at integrere værdier og ydre krav/påvirkninger. Selvbestemmelsesteorien teori bygger derfor på den forudsætning, at 3 grundlæggende og medfødte psykologiske behov skal være opfyldt for at opnå indre autonom motivation og dermed potentiale for ændring: Behovet for *kompetence*, behovet for *selvbestemmelse/autonomi* og behovet for *relation/tilhørsforhold* (Deci & Ryan 2000).

2.1.2 Behovet for autonomi, kompetence og tilhørighed

Behovet for *autonomi* er ifølge Deci og Ryan (2000) essentiel for den indre motivation og er styret af lyst, nysgerrighed og integrerede værdier. Her er handlinger og adfærd integreret i selvet på baggrund af egne beslutninger og er baseret på frivillighed og ansvarlighed (Deci & Ryan, 2000; Williams, 2002). Autonomi skal her ikke forveksles

med uafhængighed. Handlinger kan være påvirket af ydre faktorer, så som støtte fra sygeplejerske og stadig være autonome, f.eks. gennem støtte og anerkendelse, men kun hvis de er fuldt accepteret og integreret i personen (som f.eks. ikke ses ved compliance) (Deci & Ryan 2000; Ryan & Deci, 2002). Netop styrkelse af autonomi og selvbestemmelse er et vigtigt element i GEB interventionen (Zoffmann & Kirkevold, 2012).

Behovet for *kompetence* handler om at engagere sig i aktiviteter man finder interessante, at opleve passende og spændende udfordringer og føle at man har kapacitet til at vedligeholde og øge egne færdigheder (Deci & Ryan, 2000). Det er ikke en opnået instrumentel færdighed, men derimod en følelse af tiltro til at man kan klare udfordringer og opnå de mål man har sat sig (Ryan & Deci, 2002; Williams, 2002). Positiv feedback fra andre kan styrke oplevelsen af kompetence og derved den indre motivation (Deci & Ryan, 2000).

Behovet for *relation/tilhørsforhold* er en følelse af tilhørighed med andre mennesker og det at indgå i omsorgsfulde relationer – både med ens nærmeste og andre man møder forskellige steder samfundet, som f.eks. sundhedspersonale. Det handler om en følelse af have trygge relationer, at høre til, og ikke relationer med det formål at opnå en ydre gevinst (Deci & Ryan, 2000).

Disse 3 behov er altså, ifølge SDT, fundamentale for at en person skal kunne føle indre autonom motivation og selvbestemmelse. Hvis disse behov ikke opfyldes, kan det medføre forringelse af personens funktion og livskvalitet (Deci & Ryan, 2000). Omvendt kan autonomistøttende omgivelser støtte personen i udvikling af selvbestemmelse og personlig tilfredsstillelse (Deci & Ryan, 1995). Det vil indebære at vejlede og støtte personen, anerkende personens følelser, skabe en relation der er præget af valgfrihed i stedet for kontrol og med udgangspunkt i patientens behov og historie. (Deci, Eghri, Patrick & Leone, 1994; Williams, 2002). Samtidig skal man opmuntre til at patienten tager ansvar for egen sundhed så selvbestemmelse og motivation øges. Netop disse aspekter vægtes i GEB-intervention (Zoffmann & Kirkevold, 2012) og er centrale for min problemstilling.

2.1.3 Internalisering – fra ydre kontrol til indre motivation

Ydre motivation er altså ikke nødvendigvis kontrolleret, men kan variere i et kontinuum mellem oplevelsen af total ydre kontrol og selvbestemmelse (Deci & Ryan 2000). Gennem en internaliseringsproces forsøger personen at møde udefrakommende krav, normer og værdier ved at integrere og acceptere dem, gøre dem til sine egne og derigennem blive mere autonome og selvbestemmende. Dette sker kontinuerligt i sundhedsvæsenet (Williams, 2002), eksempelvis når personer med type 2 diabetes forsøger at ændre adfærd i forhold til kostoplægning og motionsvaner.

Internaliseringsprocessen har 4 stadier (*Ydre regulering, introjektion, identifikation og integration*), der varierer fra fuld ydre kontrol til selvbestemmelse (Deci & Ryan, 2000). Det er vigtigt at pointere at der er tale om et kontinuum og ikke en statisk størrelse (Deci & Ryan, 2000). Jeg har valgt at uddybe disse, da de giver et billede af hvordan en motivationsproces ser ud.

Ydre regulering henviser til adfærd for at opnå en ønsket konsekvens, eksempelvis belønning eller at undgå straf. Denne regulering er kontrollerende og underminerer indre autonom motivation. Personen tager ikke adfærden ind og den bliver derfor ikke accepteret og integreret i personen. En ændring på baggrund af ydre regulering, vil derfor formentlig være svær at vedligeholde når belønningen eller truslen forsvinder (Deci & Ryan, 2000). Eksempelvis et udefrakommende krav om compliance.

Ved *introjektion* sker der en delvis internalisering. I stedet for ydre regulering og adfærdskontrol, kommer reguleringen her indefra – f.eks. på baggrund af stolthed, skyld og skam. Den er præget af en indre konflikt og selvom introjektionen kommer indefra er den ikke integreret i selvet og er derfor ikke autonom. Der er lidt større chance for at ændringer kan vedligeholdes over tid, men stadig ustabil (Deci & Ryan, 2000).

Identifikation er det næste stadie i en internaliseringsproces. Her accepterer personen den underliggende værdi af en adfærd. Deci og Ryan (2000) giver som eksempel, at en person indser vigtigheden af motion og derfor begynder at motionere. Aktiviteten er blevet en større del af identiteten, men den er stadig ydre reguleret, da handlingen er instrumentel

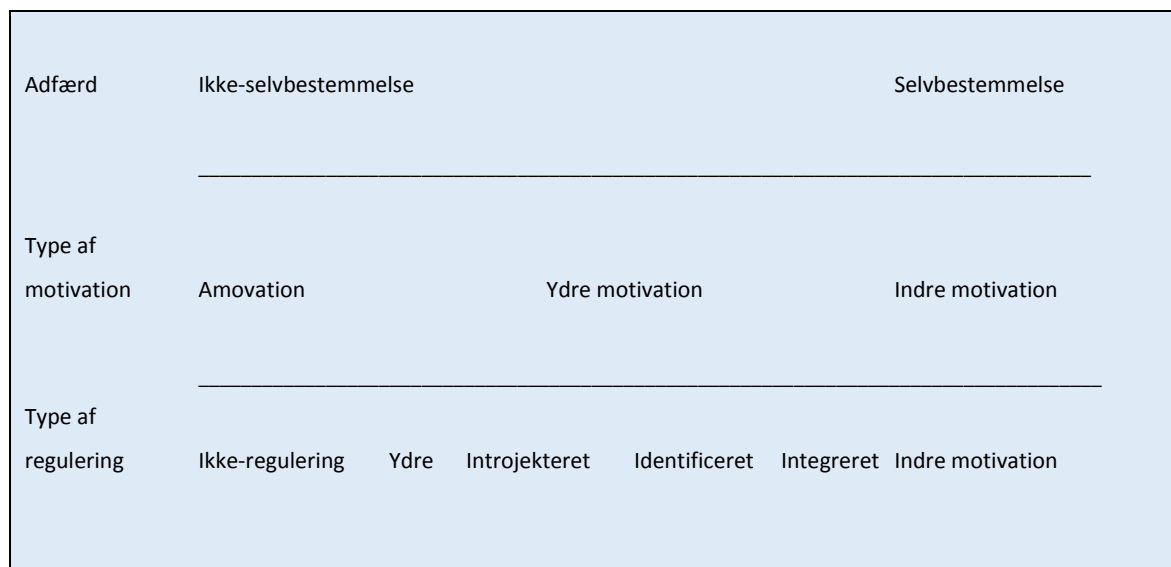
og ikke lystbetonet. Det ligger ikke på ”ryggraden”. I dette stadie er der en større grad af autonomi og derfor større chance for vedligeholdelse over tid (Deci & Ryan, 2000).

Integration er den højeste form for internalisering er. Nu har personen ikke bare indset vigtigheden af en ændring, men har også integreret den i selvet. Adfærden er accepteret og vurderet som værende i overensstemmelse med andre egne værdier og identitet, den ydre regulering er ændret til selvregulering og dermed er der opnået ydre motivation med selvbestemmelse og autonomi (Deci & Ryan, 2000).

Der er således forskellige niveauer af internalisering, med forskellige grader af egenbeslutning. Ifølge Deci & Ryan (2000) vil indre motivation og vel-internaliseret ydre motivation danne basis for adfærd og ændring på baggrund af egenbeslutning.

Nedenstående figur illustrerer kontinuumet mellem ikke-selvbestemmelse og selvbestemmelse:

Figur 1. Kontinuum inspireret af Self-Determination teorien (Deci & Ryan, 2000, s. 237; Ryan & Deci, 2002, s. 16)



2.2 Mestringsforventning

Da mit første forskningsspørgsmål bl.a. omhandler forventninger, ønsker jeg at belyse forventningers betydning for motivation til egenhåndtering og hvad der kan påvirke disse forventninger. Bandura (1997) hævder, at mennesker forsøger at få kontrol over de begivenheder der har indflydelse på deres liv og at troen på at kontrol er mulig og ens bestræbelser vil være effektive, vil øge motivationen til handling. Dette kalder han ”self-efficacy” (mestringsforventning) som defineres som: “Perceived self-efficacy refers to beliefs in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given actions” (s. 3).

Personer med en høj mestringsforventning vil i høj grad være optimistiske, fremsynede og gå ind i udfordringer med pågåenhed og stædighed for at det skal lykkes. De ser målet for sig, arbejder aktivt for at nå det og dvæler ikke ved personlige mangler eller forhindringer på vejen. De er handlingsorienterede, tror på at de kan få kontrol over en situation og er således aktive og ikke neutrale observatører (Bandura, 1997). Et tidligere studie af Oftedal et al. (2011) fandt, at der var positiv sammenhæng mellem mestringsforventning og rapporteret fysisk aktivitet, hvilket indikerer at forventning om at lykkes spiller en rolle for egenhåndtering af diabetes.

Personer med en lav mestringsforventning derimod, tvivler på egne evner, har svært ved at finde motivation til ændringer og giver hurtigt op hvis bestræbelserne ikke lykkes. De har lav grad af målforpligtelse og har en tendens til at dvæle ved personlige mangler. Ifølge Bandura underminerer lav mestringsforventning både den anstrengelse der bliver lagt i en opgave og analytisk tænkning (Bandura, 1997).

En persons mestringsforventning påvirkes af følgende:

- En kognitiv vurdering af tidligere succes: Hvis man tidligere har oplevet at mestre vanskelige og udfordrende situationer, vil det kunne styrke troen på også at kunne mestre en ny udfordring. (Bandura, 1997; Siela & Wieseke, 2012). Tidligere negative erfaringer, som eksempelvis mislykkede forsøg på livsstilsændring, kan være til hinder for at gå i gang med ændringer (Bandura, 1997). Dette indikerer vigtigheden af at personer med T2DM får succesoplevelser med egenhåndtering for dermed at styrke troen og understøtte motivation.

- Modellæring: Hvis personen ser det lykkes for andre, kan det virke som en inspiration og styrke troen på at det også kan lykkes for en selv (Bandura, 1997).
- Mundtlig overbevisning: Hvis andre fortæller at man kan klare udfordringerne vil det også kunne styrke ens egen tro på det er muligt. Påvirkningen er ikke ligeså stærk som selvoplevede succesoplevelser, men afhængig af hvem der siger det, kan det være med til at styrke mestringsforventningen (Bandura, 1997; Siela & Wieseke, 2012).
- Endelig er der fysiologiske faktorer der spiller ind på mestringsforventningen som, som eksempelvis depression (Bandura, 1997). Det er ikke et fokus i dette studie, men nævnes som en del af det samlede billede.

Dermed er det både ydre og indre påvirkninger der er med til at afgøre en persons mestringsforventning (Siela & Wieseke, 2012). Mestringsforventningen har indflydelse på personens motivation til at foretage ændringer og overkomme udfordringer, hvilket er i tråd med Deci & Ryans (2000) motivationsteori der også pointerer vigtigheden af indre og ydre påvirkninger og oplevelsen af kontrol.

Videre pointerer Bandura (1997), at mestringsforventningen afgør de mål personen sætter for sig selv, indsatsen de ligger i det, hvor robuste de er i forhold til tilbagefald og hvor længe de holder ud for at nå målene. Mestringsforventning handler derved ikke kun om at have konkrete færdigheder, men også hvad man vælger at gøre med det i konkrete situationer (Bandura, 1997).

Ud fra denne teori, er altså mestringsforventning en vigtig faktor for at en person med T2DM føler sig motiveret og arbejder målrettet for at nå sine mål og derigennem styrke egenhåndteringen af diabetes.

2.3 Ændringsprocessen – Stages of Change

Da GEB bl.a. har til hensigt at stimulere til ændring og da jeg ønsker at undersøge erfaringer og vejledningens indflydelse på egenhåndteringen, vil jeg anvende dele af Prochaska et al.'s (1992) teori ”Stages of Change”. Dette er valgt, da teorien belyser forskellige stadier mennesker går igennem når de skal ændre adfærd og hvilke aspekter

der er centrale i de forskellige stadier, eksempelvis motivation, støtte og mestringsforventning.

Prochaska et al. (1992) hævder at mennesker der skal ændre adfærd, gennemgår en ændringsproces på 5 stadier: *Førovervejjelses-, overvejjelses-, forberedelses-, handlings- og vedligeholdelsesstadiet*. Det er kendt at livsstilsændringer kan tage tid og de fleste klarer det ikke i første forsøg (Prochaska et al., 1992). Derfor vil personer der gennemgår en ændringsproces, ofte gå ind og ud af de forskellige stadier flere gange, hvilket gør modellen cyklisk. I det følgende vil der blive givet en kort beskrivelse af de forskellige stadier:

Førovervejjelse: Personen har ingen intentioner om ændring i nærmeste fremtid. Der kan godt være et ønske om ændring, men ingen seriøse overvejjelser. Adfærden opleves at personen ikke som uhensigtsmæssig og hvis personen i førovervejjelsesstadiet opsøger hjælp, er det ofte på baggrund af pres eller tilskyndelse fra andre (Prochaska et al., 1992). Dette kan sammenlignes med ydre motivation/kontrol (Deci & Ryan, 2000) og kan virke irriterende og uforståeligt for personen (Prescott & Børtveit, 2004).

Overvejjelsesstadiet: Personen er nu klar over at adfærden skaber problemer og overvejjer seriøst at foretage ændringer. Dog uden at have forpligtet sig til det. Fasen er præget af ambivalens og indre konflikt, hvor personen afvejjer positive og negative sider ved nuværende adfærd og hvilke tab en ændring vil medføre. Ligeledes overvejjer personen hvor meget tid og energi en ændring vil kræve (Prochaska et al., 1992; Prescott & Børtveit, 2004).

Forberedelsesstadiet: Personen har nu intentioner om ændring inden for en nær fremtid. Blikket er rettet fremad mod forandringen og personen vil prøve at lave små ændringer og søger støtte og råd fra andre for at mobilisere egne ressourcer. Dermed er et ønske om handling omformet til en vilje til handling (Prochaska et al., 1992; Prescott & Børtveit, 2004).

Handlingsstadiet: Personen har vurderet at foretage ændringer gennem en længere periode og har taget beslutning om af nu skal det være. Der er nu kommet handling bag, hvilket kræver både forpligtelse og engagement. Konkrete fremgangsmåder vil hjælpe personen i ændringsprocessen og motivationsaspektet er vigtigt og kan bidrage til at ændringerne opretholdes (Prochaska et al., 1992). Personen vil opleve succes og tilfredshed over at være kommet i gang med ændringer og det vil kunne medvirke til at

øge mestringsforventningen (Prescott & Børtveit, 2004; Bandura, 1997). Støtte fra andre, eksempelvis fra sundhedspersonale, er centralt – specielt i perioder hvor personen kan opleve modgang og tilbagefald (Prochaska et al., 1992). Støtte vil kunne hjælpe personen videre i ændringsfasen.

Vedligeholdelsesstadiet: Personen når vedligeholdelsesstadiet hvis handlingsfasen strækker sig ud over et halvt år. Den nye adfærd er blevet indarbejdet og vil efterhånden blive lettere og mere rutinepræget. I vedligeholdelsesfasen er det vigtigt at undgå tilbagefald. Støtte fra omgivelserne, eksempelvis familie, venner og sundhedspersonale, vil være vigtig for at opretholde motivation og ændringerne over tid (Prochaska et al., 1992; Prescott & Børtveit, 2004).

2.4 Empowerment i individuel diabetesbehandling

Empowerment begrebet har gennem de sidste årtier vundet indpas i social- og sundhedsvæsenet ofte under betegnelserne *brugermedvirkning*, *mobilisering* og *bemyndigelse* (Askheim, 2007). Som nævnt indledningsvist, handler empowerment bl.a. om, at vi mennesker vil være kraftfulde og have kontrol over vores eget liv (Askheim, 2007). Inden for sundhedsvæsenet, anvendes begrebet ofte i en mestringsorienteret retning, hvor det betyder at sundhedspersonale skal understøtte læring med positivt fokus på patientens egne ressourcer, så patienten derigennem får oplevelsen af kontrol over eget liv (Askheim, 2007; Rønning, 2007). Begrebet er dog blevet kritiseret for at være uden klart indhold, at det er blevet et slags honnørord uden forpligtelse eller klar definition (Askheim, 2007).

Funnell og Anderson (2004), har gennem årtier arbejdet for at konkretisere og promovere empowerment begrebet i diabetesbehandlingen. De mener, at diabetesvejledning bør tage udgangspunkt i empowerment tænkning, for at ruste patienterne til at være velinformerede og aktive partnere i egen behandling. Deres definition af empowerment er: ”Patient empowerment is defined as helping people to discover and use their own innate ability to gain mastery over their diabetes” (Anderson & Funnell, 2010, s. 279). Deres arbejde er på flere måder et opgør med compliancetænkning som de mener har været dominerede i sundhedsvæsenet. Ved compliance bliver målet for diabetesbehandlingen, at patienterne skal følge anvisninger og råd fra sundhedspersonale

for der igennem opnå en god egen-håndtering (Funnell & Anderson 2004). Dette har imidlertid vist sig ikke at være hverken hensigtsmæssigt eller effektivt for at nå mål, forebygge senkomplikationer og opnå en god livskvalitet (Funnell & Anderson, 2004). De mener derfor at diabetesbehandling skal være patient- og ikke sygdomscentreret, med empowerment som en overordnet vision. Fundamentet skal bygges på den enkelte patients behov og ressourcer og egenhåndteringsbeslutninger skal evalueres ud fra hvor godt de hjælper den enkelte patient til at nå egne mål og ikke hvorvidt de opfylder udefrakommende krav om compliance (Anderson & Funnell, 2005).

En empowerment tilgang er ifølge Anderson & Funnell (2010) essentiel fordi patienten selv står for langt det meste af deres egen behandling er ekspert på eget liv. Det indebærer at vejledning skal tilrettelægges så patienten opnår viden og kundskab til at tage velovervejede egne beslutninger og derigennem opnå klarhed om mål, værdier og motivation. Ifølge Anderson & Funnell (2010) er empowerment tilgangen specielt velegnet til T2DM, da anbefalede adfærdsændringer involverer dybt indgroede aspekter i patientens dagligdagsliv, specielt relateret til vægttab, kost og fysisk aktivitet. Det er derfor centralt at patienten hjælpes til at vælge personlige, meningsfulde og realistiske mål. Dette indebærer at patienten skal have en grundlæggende viden om diabetes og viden om hvordan de kan tage hånd om sygdommen i dagligdagen. Herunder information om forskellige behandlingsmuligheder og hvilke fordele og ulemper der kan være. De skal ligeledes vejledes i hvordan de kan gøre ændringer i adfærden og hvordan de kan arbejde med løsning af de problemer der kan opstå. Her skal behandleren fungere som en facilitator og samarbejdspartner og byde ind med deres ekspertviden på diabetes som supplement til patientens kundskab om eget liv. Patienten skal forstå sin rolle som beslutningstager og lære hvordan de skal ansvar for egen behandling. Netop disse komponenter er centrale i GEB interventionen (Zoffmann & Kirkevold, 2012) og har relevans for mit fokus på relationen mellem patient og sygeplejerske under vejledningen.

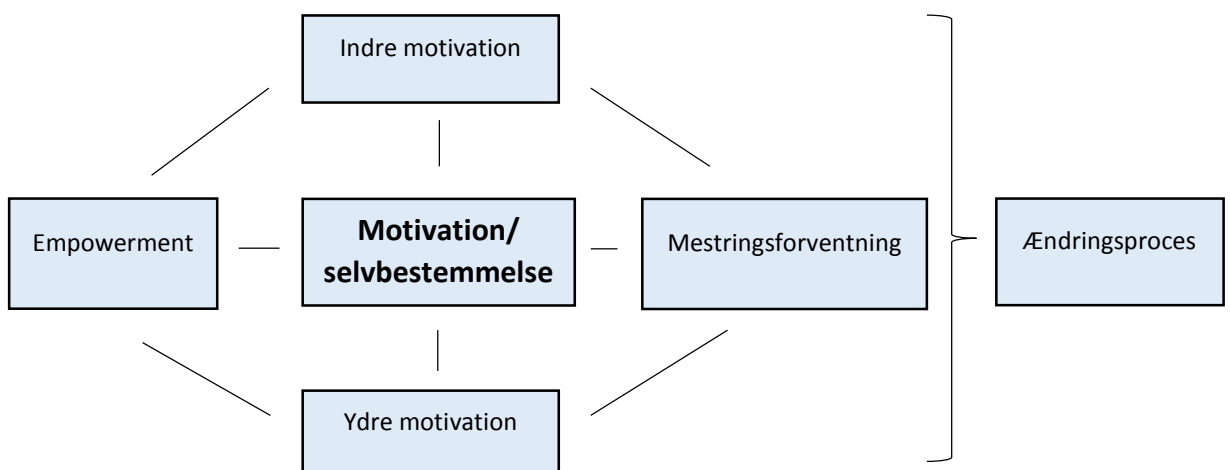
Anderson & Funnell (2010) understreger at empowerment således både er en proces og et resultat. Gennem en proces der øger patients evne til kritisk tænkning og egen-besluttet adfærd, vil resultatet blive en styrket tro på egen mestringssevne, indre motivation og dermed empowerment. Anderson & Funnell (2005) har gennem deres arbejde oplevet, at det at skabe vejledning i rammerne af empowerment kan være en stor udfordring for patient og sygeplejerske (Anderson & Funnell, 2005). Forskning på GEB til T1DM har

vist at patient og sygeplejerske kan overkomme barrierer for empowerment gennem vejledning med denne metode (Zoffmann & Kirkevold, 2012).

2.5 Model som illustrerer den teoretiske referenceramme

For at illustrere hvordan de forskellige teorier og begreber kan ses i lyset af hinanden, har jeg valgt at lave en model. Stregerne mellem boksene er medtaget for at understrege at de forskellige faktorer har indvirkning på hinanden, men er ikke ment at sige noget om retningen i øvrigt.

Figur 2. Præsentation af model for den teoretiske referenceramme



Som tidligere anført, synes motivation og selvbestemmelse at være en vigtig forudsætning for egenhåndtering og ændring af livsstil. Indre motivation, som danner den bedste basis for varig ændring, kan styrkes gennem autonomistøtte – eksempelvis gennem patientcentreret omsorg med basis i empowerment. Dermed kan ydre påvirkning/motivation medføre en internaliseringsproces hvor patienten gennem støtte fra sygeplejerske oplever en styrkelse af autonomi, kompetence og tilhørighed og opnår styrket mestringsforventning, selvbestemmelse og motivation som er vigtige for ændringsprocessen. Disse er centrale elementer for min problemstilling hvor jeg ønsker

at undersøge erfaringer med GEB interventionen der netop har disse teorier og begreber som en del af teorigrundlaget (Zoffmann & Lauritzen, 2006).

3 Metode

Metode udspringer af det græske ord *methodos*, der betyder at følge en bestemt vej til målet (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010). Metode er en måde hvorpå man systematisk indsamler, organiserer, tolker, analyser og præsenterer sine data og må gøres på en åben og transparent måde så processen bliver synlig og gennemskelig (Malterud, 2001; Johannesen et al., 2010).

I dette afsnit vil jeg redegøre for og begrunde mit valg af kvalitativ metode. Derefter vil jeg redegøre for min forforståelse, udvalg og rekruttering, dataindsamling og analyse af data. Til slut vil jeg redegøre for validitet og realibilitet, forskningsetiske overvejelser samt metodeovervejelser.

3.1 Valg af kvalitativ metode

Metoden man vælger at benytte for at undersøge et felt, afhænger af hvilke spørgsmål man ønsker svar på og har betydning for både forskningsprocessen og fortolkning af data (Polit & Beck, 2012). Inden for samfundsvidenskaberne skelner man mellem kvantitativ og kvalitativ metode (Johannesen et al., 2010). Kvantitativ metode har sit udspring i naturvidenskaberne, hvor man gennem tal, statistiske målinger og f.eks. spørgeskemaer, ønsker at opnå kundskab om eksempelvis forekomst, udbredelse og sammenhænge (Johannesen et al., 2010; Polit & Beck, 2012). Kvalitativ metode har der imod sine base i de humanistiske videnskaber, hvor forskeren ønsker en dybere forståelse og indsigt i den menneskelige livsverden (Dahlberg, Drew & Nyström, 2001; Thornquist, 2003). Denzin & Lincoln (2005) beskriver det således: “The word *qualitative* implies and emphasis on the quality of entities and on process and meanings that are not experimentally examined or measured (if measured at all) in terms of quantity, amount, intensity, or frequency” (s. 10).

Kvalitativ metode er dermed hensigtsmæssig, når man ønsker at undersøge dagliglivets udfordringer, indfange individets synspunkter og erfaringer i deres sociale kontekst (Denzin & Lincoln, 2005) og er udbredt inden for sygeplejerforskning (Munhall, 2012). Da jeg ønskede at undersøge erfaringer blandt personer med type 2 diabetes der har gennemgået en sygeplejeintervention med GEB, var det derfor naturligt at vælge en kvalitativ metode. Den handler om at få fyldige beskrivelser af et fænomen og derfor er det hensigtsmæssigt at gå til kilden: til dem der har erfaringerne (Polit & Beck, 2004, Denzin & Lincoln 2005, Dahlberg et al., 2001). Jeg har valgt at benytte individuelle, semistrukturerede interviews som metode for dataindsamling (jvf. punkt 3.5). Studiet er deskriptivt med et eksplorerende design.

3.2 Forforståelse

Når man som forsker beslutter at undersøge et felt, vil man altid have en forforståelse, baseret på fordomme eller forudsatte antagelser. Disse antagelser er et produkt af egne oplevelser – faglige som personlige, og det er vigtigt at man bevidstgør og redegør for disse under hele forskningsprocessen (Fog, 2004; Malterud, 2001).

Jeg er uddannet sygeplejerske i Danmark i 2002 og har siden beskæftiget mig med patienter med diabetes. Det er et felt der står mit hjerte nært og som jeg finder udfordrende og spændende. Jeg har arbejdet på en endokrinologisk sengeafdeling med bl.a. indlagte patienter med diabetes, samt i et diabetesambulatorium hvor min primære arbejdsopgave var individuelle samtaler med voksne patienter med både type 1 og type 2 diabetes. Disse samtaler var i høj grad samtaler omkring det at leve med diabetes, udfordringer ved livsstilsændringer og motivation. Jeg har dermed et godt indblik i de udfordringer denne patientgruppe stå overfor. Min erfaring er, at alle mennesker har ressourcer, individuelle behov og at motivation og kundskab er vejen til varige og gode valg og ændringer for patienten. Jeg har også oplevet, at en simpel videreformidling af fakta omkring eksempelvis kost, motion osv. ikke gør det alene. Det kræver en god og åben dialog med udgangspunkt i patientens hverdag, ønsker, mål, ressourcer og livsverden for at stimulere til god egen-håndtering. Det har jeg ofte oplevet som udfordrende i travl klinisk praksis, hvor dybe individuelle samtaler nemt kan drukne i praktiske rutiner som

blodsuktermåling og insulinjustering og hvor der ikke er implementeret interventioner til at stimulere til motivation og ændring.

Jeg har dermed en teoretisk viden og praktisk kundskab omkring fænomenerne jeg undersøger og skal derfor være opmærksom på at min forkundskab og faglige synspunkter ikke farver mit blik, eksempelvis ved, at jeg tager nogle ting for givet eller overfører mine egne erfaringer til de deltagere jeg interviewer (Fog, 2004). Mine erfaringer er derved en styrke og en svaghed og det er afgørende at jeg er bevidst omkring det og sørger for at processen bliver så gennemskelig, systematisk og transparent som muligt (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har derfor brugt tid på at reflektere over mit eget ståsted og hvilke konsekvenser, fordele så vel som ulemper, det kan have for forskningsprocessen.

3.3 Udvalg og rekruttering

3.3.1 Udvalg

Der blev i projektet gennemført 2 forskellige interventioner (jf. afsnit 1.2). En intervention med den oprindelige GEB som er udarbejdet til personer med T1DM (Intervention 1) og en der udprøver en tilpasset udgave til personer med T2DM (Intervention 2). Interventionen 1 blev udført som en træning for sygeplejerskerne i almen praksis i at bruge vejledningsmetoden og en vurdering af hvilke ændringer der kunne gøres for at tilrette den til personer med T2DM. Intervention 2 var også ment som en træning og en vurdering af kvaliteten på tilpasningen. Deltagere fra begge interventioner blev inviteret til at deltage i dette studie. Det var ud fra den betragtning, at begge grupperes erfaringer kunne være værdifulde og for at kunne nå op på et hensigtsmæssigt antal af deltagere.

Inklusionskriterierne til projektet var: *Voksne over 18 år diagnosticeret med T2DM, sygdomsvarighed på mere end 1 år og evne til at kommunikere på norsk.* Sygeplejerskerne der deltog i interventionen, udvalgte patienterne ud fra kriterierne og en subjektiv vurdering af egnethed til deltagelse i interventionen med GEB.

3.3.2 Rekruttering

Patienterne⁶ i dette studie, blev rekrutteret fra i alt 4 lægekontorer fra Stavanger og omkringliggende kommuner der indgik i projektet med GEB. Jeg kontaktede skriftligt de 4 sygeplejersker der indgik i interventionen og de indvilgede i at sende forespørgselsbrev med information om studiet samt samtykkeskema til de patienter der havde deltaget i GEB veiledningen (bilag 2). Forespørgselsbrevet bestod af en beskrivelse af formålet med mit studie, telefonnummer og e-mail til vejleder og mig selv, samt oplysninger om håndtering af konfidentialitet og frivillighed, i henhold til forskningsetikkloven og Helsinki deklARATIONEN (Helseforskningsloven, 2008; De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006). Patienterne returnerede samtykkeskemaer direkte til mig, hvorefter jeg tog telefonisk kontakt til dem.

I alt 9 ud af 15 deltagere gav skriftligt samtykke til at deltage i studiet. Der var intet frafald. Der er ingen fastlagt regel for hvor mange deltagere der er ”nok” i kvalitativ forskning, det vigtigste er, at man stræber efter at interviewe deltagere indtil der ikke fremkommer ny information. I mindre studier er en tommelfingerregel omkring 10-12 deltagere og evt. mindre i masteropgaver som denne, hvor dels tidshorizonten og tilgangen til egnede deltagere er begrænset (Johannesen et al., 2010; Polit & Beck, 2012). Et antal på 9 deltagere vurderede jeg derfor at være acceptabelt.

Tabel 1 viser en oversigt over deltagere i interventionerne:

Tabel 1. Deltagere i studiet

	Antal deltagere i interventionen	Samtykke til deltagelse i mit studie	Køn
Intervention 1 (7 samtaler)	8 (6) ⁷	4	2 kvinder 2 mænd
Intervention 2 (4 samtaler)	8	5	2 kvinder 3 mænd
Ialt	16 (15)	9	4 kvinder 5 mænd

⁶ 'Patienter' bliver brugt synonymt med 'personer med type 2 diabetes' og 'deltagere'.

⁷På grund af dødfald og frafald, var der kun 6 personer der gennemførte hele Intervention 1. 1 person gennemførte ikke alle 7 samtaler med sygeplejerske, men fik alligevel tilsendt forespørgsel om deltagelse i interview.

Personerne der havde gennemført den oprindelige GEB til T1DM er angivet under *Intervention 1* og deltagerne fra den modificerede udgave tilrettet T2DM, under *Intervention 2*. Intervention 1 blev afsluttet i foråret 2014 og Intervention 2 i starten af 2015. Deltagernes diabetesvarighed varierede fra 2-15 år og aldersspredningen lå fra 36 – 67 år (bilag 3).

3.4 Dataindsamling

3.4.1 Individuelle, semistrukturerede interviews

For at indfange deltagernes erfaringer med at deltage i vejledning på med GEB, har jeg valgt en kvalitativ undersøgelse med individuelle, semistrukturerede interviews. Det kvalitative forskningsinterview er velegnet når man ønsker at belyse den enkeltes meninger, erfaringer og forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009, Dahlberg et al., 2001). I kvalitativ interviewforskning er kundskaben der produceres et resultat af samspillet mellem interviewer og deltager (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.4.2 Udarbejdelse af interviewguide

Interviewguiden blev udarbejdet på baggrund af tidligere forskning, teori, mine forskningsspørgsmål og i dialog med mine vejledere som også er projektledere på projektet. Der findes ikke én gældende opskrift på hvordan man udarbejder en god interview guide, så jeg har ladet mig inspirere fra litteraturen og af principper for hvordan man kan gå frem og hvad man skal være opmærksom på (Kvale & Brinkmann, 2009; Dahlberg et al., 2001; Dalen, 2011; Moser et al., 2006).

Et semistruktureret interview er kendetegnet ved, at man har en interviewguide med overordnede spørgsmål man ønsker at berøre og dertil underspørgsmål der knytter sig til forskningsspørgsmålene man søger svar på. Interviewguiden er ment som en rettesnor, eller en huskeliste, omkring de temaer man ønsker at berøre, men man bør ikke holde sig rigtigt til den, da det kan medføre at dynamikken og opmærksomheden i samtalen

forsvinder (Fog, 2004, Dahlberg et al., 2001). Derved bliver det semistrukturerede interview en mellemtung mellem det helt åbne livsverden interview og et lukket interview med fastlagte spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Der er mulighed for at springe frem og tilbage i temaer og spørgsmål afhængigt af hvad informanten fortæller – dvs. mulighed for at lade samtalen flyde samtidig med at den røde tråd bevares, hvilket gør den mindre fastlagt (Johannesen et al., 2010). Samtidig giver den semistrukturerede metode mulighed for at kunne spørge ind til temaer og emner om ikke i første omgang var indfanget af interviewguiden, men som vil være naturligt at spørge ind til i forhold til deltagerens svar (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved at vælge et semistruktureret interview sikrede jeg dermed at centrale emner knyttet til forskningsspørgsmålene blev berørt, samtidig med at det gav rum for at spørge ind til noget der lå uden for mine spørgsmål, hvis deltagernes svar ledte i den retning.

Da mit modersmål er dansk og der derved var risiko for sproglige misforståelser, blev interviewguiden udformet på bokmål. Jeg opbyggende min interviewguide med fire hovedkategorier ud fra mine forskningsspørgsmål og derunder flere spørgsmål til at understøtte disse (bilag 4). Spørgsmålene knyttede sig hovedsageligt til deltagernes erfaringer med GEB interventionen, dennes indvirkning på hverdagen med diabetes, selvbestemmelse, egen-håndtering og til relationen med sygeplejersken og netværk samt oplevelsen af støtte. Indledningsvis havde jeg nogle generelle spørgsmål om livet med diabetes og deres tidligere opfølgning i helsevæsenet, for at åbne samtalen inden de mere specifikke spørgsmål, for dermed invitere til refleksion (Dahlberg et al., 2001). Til slut havde jeg opsummerende spørgsmål hvor deltageren fik mulighed for at supplere med yderligere tanker og refleksioner jeg evt. ikke havde berørt, samt deres betragtninger om interventionen generelt.

Når man er en uerfaren interviewer tilrådes det, at man laver det pilotinterview for at teste dels interviewguiden, men også for at øve sig i at indgå i en dialog og få samtalen til at flyde på en naturlig måde (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg valgte at mit første interview skulle være et pilotinterview, men fandt at det gik godt, gav gode og fyldige beskrivelser og krævede ikke store ændringer i interviewguiden. Dette interview indgår derfor i min undersøgelse på lige fod med de andre.

3.4.3 Lokalteter og teknisk udstyr

Jeg tilbød deltagerne, at vi kunne gennemføre interview enten på UIS, i eget hjem eller hvor de ellers måtte foretrække. At interviewe deltagerne i eget hjem har den fordel at det øger ligevrdigheden mellem forsker og informant og vil også kunne medvirke til bedre at kunne få et indblik i deltagerens hverdag og livsverden (Kvale & Brinkmann, 2012). Omvendt kan det for nogen være grænseoverskridende at skulle invitere en fremmed hjem til sig selv, så derfor lod jeg det være op til den enkelte at beslutte. Det vigtigste var, at det var et sted hvor de ville føle sig tryk og føle at de kunne udtrykke sig frit (Dahlberg et al., 2001). De fleste ønskede besøg derhjemme, én person blev interviewet på jobbet, én person foretrak at mødes på en cafe (hvor vi havde mulighed for at sidde uforstyrret), én person blev interviewet på UIS og én enkelt deltager havde af jobmæssige årsager kun mulighed for telefoninterview.

Interviewene blev gennemført i dagtiden og varede fra ca. 40 minutter til 1 time (telefoninterview kun 15 min.). Alle deltagere gav samtykke til at jeg kunne optage interviewene på separat lydoptager. Lydkvaliteten var god på alle optagelser, dog var der baggrundsstøj på telefoninterviewet, men fyldestgørende transskription var alligevel mulig.

3.4.4 Interviewsituationen og rollen som interviewer

Som Kvale & Brinkmann (2009) pointerer, er forskningsinterview en etisk disciplin hvor den kundskab der produceres afhænger af relationen mellem forsker og deltager. Derfor er det vigtigt at man som forsker formår at få deltageren til at føle sig tryk og fri til at tale. Det er min oplevelse at det lykkedes, da deltagerne velvilligt og åbent fortalte om deres erfaringer.

Min baggrund som diabetessygeplejerske oplevede jeg som en styrke under udførelsen af interviewene. Jeg er vant til at indgå i en samtale omkring aspekter ved at leve med diabetes, er tryk ved dialogen og kommunikation og på mange mder ligner et sådan interview en terapeutisk situation. Dog med den forskel at jeg her skulle være i en anden mere udforskende rolle og ikke kommentere eller komme med indspil i forhold til

deltagernes svar. En mulig svaghed ved at jeg har indgående kendskab til feltet kan være, at jeg ikke har været konsekvent nok med at spørge ind til svar og bede om uddybelse. At der er risiko for at det bliver indforstået, da mange af de betragtninger de havde omkring livet med diabetes er noget jeg genkender fra praksis (Dahlberg et al., 2001; Thornquist, 2003). Derfor var jeg meget opmærksom på at reflektere over min forforståelse og møde deltagerne åbent så jeg ikke lod mine erfaringer og antagelser styre.

Da dansk er mit modersmål tilstræbte jeg mig under interviewene at formulere mig på norsk og var specielt opmærksom på ord der er tvetydige og af anden betydning på norsk (f.eks. helse/sundhed, flink/dygtig mm.). Jeg bad deltagerne gentage spørgsmålene hvis jeg var usikker på om de har forstået dem ret og spurgte ind hvis jeg er i tvivl om deres svar. Det var min oplevelse at den gensidige sproglige forståelse under interviewene var god og deltagerne bad om uddybelse hvis de ikke havde forstået mit spørgsmål.

Telefoninterviewet blev gennemført ved, at jeg havde telefonen på højtaler og derved kunne optage ved hjælp af lydoptager. Dette valgte jeg, da der ifølge it-afdelingen på UIS ikke var noget brugbart og sikkert software af benytte. En svaghed ved telefoninterview er, at non-verbal kommunikation ikke er tilstede og relationen mellem deltager og forsker derved bliver af en anden karakter. Det er ikke på samme måde muligt at opfange udtalte signaler og kropssprog og dermed har jeg muligvis ikke opfanget tegn eller nuancer i svarene som jeg kunne have spurgt nærmere ind til. Dette afspejler sig muligvis i, at dette interview var kortere end dem med personlig kontakt. Jeg valgte alligevel at bruge data, da værdifuldt datamateriale var gået tabt ved at udelukke interviewet.

3.5 Dataanalyse

I kvalitativ analyse er der ikke nogen klar grænse mellem dataindsamling og analyse. Analyse og søgning efter tema og kategorier begynder samtidig med at man begynder at samle sine data (Dahlberg et al., 2001). Det er en udfordring at finde metoder som præsenterer fund så både validitet og verificerbarhed bliver synlig og transparent (Polit & Beck, 2012).

3.5.1 Kvalitativ indholdsanalyse

Som kvalitativ analysemetode valgte jeg at benytte kvalitativ indholdsanalyse, som er en systematisk og pragmatisk metode der ofte anvendes i sygeplejestudier (Munhall, 2012). Den er omdiskuteret inden for såvel kvantitative som kvalitative kredse, men det påpeges, at metoden har flere store fordele. Heriblandt, at den er systematisk, indholdssensitiv, fleksibel og velegnet til at identificere mening, intentioner, konsekvenser og kontekst i datamaterialet (Elo & Kyngäs, 2008; Schreier, 2012). Der er ingen entydig og simpel opskrift på hvordan man laver en indholdsanalyse, udelukkende principper for hvordan man håndterer og analyserer sit datamateriale (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004).

I denne opgave har jeg anvendt Graneheim og Lundmans (2004) bud på en fremgangsmåde til indholdsanalyse, som de har præsenteret i en review artikel. Denne er valgt, da jeg finder den struktureret og pragmatisk og da den giver mulighed for at analysere dels det manifeste indhold (synlige og indlysende komponenter) og dels det latente indhold, dvs. en fortolkning af hvad teksten indeholder og de underliggende meninger. Graneheim & Lundman (2004) pointerer, at analysen er en dynamisk proces hvor man ikke nødvendigvis går lineært frem, men springer frem og tilbage mellem de forskellige trin. Der vil altid være en grad af fortolkning i processen, baseret på forskerens baggrund og kundskab. Indholdsanalysen er således en balanceakt mellem viden og naivitet.

3.5.2 Analyseprocessen

Datamaterialet bestod af 170 siders transskriberet materiale fra de 9 individuelle interviews og var således min analyseenhed. Derudover havde jeg håndskrevne notater og tanker jeg havde skrevet ned efter interviewene. Transskriptionen foretog jeg umiddelbart efter hvert interview så jeg havde det i frisk erindring. Den foregik på tilnærmet bokmål for at der ikke blev mistet vigtige betydninger og nuancer i oversættelsen. Dialekter blev også transskriberet til tilnærmet bokmål – dels for læsevenlighedens og forståelsens skyld og for at værne om deltagernes anonymitet.

Jeg startede med at lytte lydoptagelser igennem flere gange for at få en fornemmelse af interviewene i sammenhæng og danne mig et samlet billede. Under transskriberingen var jeg opmærksom på at notere pauser, latter, suk osv. for at opfange så mange nuancer i samtalen som muligt (Dahlberg et al., 2001). Jeg noterede i parentes, hvis der var en speciel stemning eller hvis deltageren f.eks. læste i refleksionsarkene. Ligeledes noterede jeg, hvis det enkelte steder var vanskeligt at høre hvad deltageren sagde, f.eks. på grund af baggrundsstøj (specielt under telefoninterviewet). Det kan være vanskeligt at indfange hele indholdet i situationen når man skal forvandle talte ord til tekst. En fordel var, at jeg selv foretog transskriptionen af samtalen jeg var involveret i, som anbefalet i litteraturen og at jeg brugte lang tid på at få det skriftlige sprog så tæt på det mundtlige som muligt (Dahlberg et al., 2001; Kvale & Brinkmann, 2009).

Efter transskribering lyttede jeg optagelserne igennem igen og sammenlignede det med udskriften for at sikre mig, at jeg havde været tro mod deltagerens ord. Jeg læste det transskriberede materiale igennem flere gange for at få teksten ”ind under huden” og for at kunne identificere de *meningsbærende enheder*, dvs. sætninger/udtalelser/afsnit der relaterede til den samme centrale mening (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg var opmærksom på, at disse hverken skulle blive for store eller for fragmenterede (Graneheim & Lundman, 2004). Disse blev indsat i en matrice/tabel – én separat matrice for hvert interview. De meningsbærende enheder *kondenserede* jeg derefter – altså afkortede teksten så den blev mere overskuelig og komprimeret, men stadig beholdt kernen i budskabet. Derefter lavede jeg *koder* som beskrev hvad de meningsbærende enheder handlede om. Herefter *sorterede* jeg, og de udtalelser der havde noget til fælles blev placeret sammen i matricen. På dette trin, lavede jeg en fælles matrice for alle 9 interview. Jeg brugte tid på at prøve mig frem med hvordan koderne kunne placeres sammen og efterhånden som jeg så mønstre og fællestræk, kunne jeg placere koderne sammen i *undertemaer*, der udgør det manifeste indhold, altså det deltagerne siger (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim & Lundman (2004) er optaget af, at denne proces er karakteriseret af en sammenligning af ligheder og uligheder i datamaterialet. Jeg var opmærksom på at undertemaerne skulle være gensidig udelukkende men dækkende (Graneheim & Lundman, 2004). Undertemaerne dannede basis for hovedtemaet og de 3 temaer jeg kom frem til og udgør det latente indhold (Graneheim & Lundman, 2004).

I tabel 2 ses et eksempel på en matrice med hovedtema, meningsbærende enhed, kondenseret meningsbærende enhed, kode, undertema og tema:

Tabel 2: Eksempel på matrice

Hovedtema: "Nye muligheder i livet med type 2 diabetes"				
Meningsbærende enhed	Kondenseret meningsbærende enhed	Kode	Undertema	Tema
« Til daglig så er jeg blitt ganske mange flinkere med lunsjen i kantinen, så er jeg veldig obs på hva jeg spiser».	Blitt ganske mange flinkere med lunsjen i kantinen og er obs på hva jeg spiser	Obs på lunsjen i dagligdagen	Bevisstgjørelse på handlinger, mål og konsekvenser	En øget handlingskompetanse
« Men jeg merker likevel med denne metoden her, så ble det en HELT annen dialog. Det ble mye mer positivt, det var det ene. Det la jeg veldig godt merke til. Og det at føle at du får anerkjennelse, støtte på at du har skrevet ned noen kloke tanker ».	Ble en helt annen dialog med metoden her. Mye mere positivt og du føler du får anerkjennelse og støtte på at du har skrevet ned noen kloke tanker	Positiv, støttende og anerkjennende dialog	At blive set og hørt	En motiverende og likeverdige dialog

Under hele denne proces var min problemstilling, forskningsspørsmålene og interviewguiden i baghovedet og fungerede som en rettesnor og vejviser.

Processen ledte mig frem til hovedtemaet, *Nye muligheder i livet med diabetes* der bygger på temaerne: *En øget handlingskompetence, en re-fortolkning af livet med diabetes, og en motiverende og likeverdige dialog*. Og herunder undertemaerne: *Et håb om hjælp, bevidstgjørelse på mål, handlinger og konsekvenser, et skub til troen på at være på rette vej at invitere diabetes ind i livet, at finde ressourcer og muligheder i sygdommen, at blive set og hørt og egen beslutning med støtte* (jf. Kap. 4).

3.6 Metodiske overvejelser

Alternativt til individuelle interviews kunne jeg have valgt fokusgruppeinterviews og dermed opnået en synergieffekt og gruppedynamik (Barbour & Kitzinger, 1999). Dette fravalgte jeg, da jeg ønskede at dykke ned i deltageres personlige erfaringer med vejledningsmetoden. Jeg ønskede at give rum for at deltagerne kunne udtrykke personlige erfaringer og tale om private forhold, uden at skulle føle de måtte holde noget tilbage over for en gruppe. Det at deltagerne villigt og åbent delte erfaringer med mig, tager jeg som et udtryk for at individuelle interviews var et rigtigt valg. Det var ligeledes ud fra den betragtning, at det ville være udfordrende at arrangere et eller flere fokusgruppeinterview pga. geografisk spredning og deltageres jobsituation (næsten alle i job og enkelte med stor rejseaktivitet).

Da deltagerne i dette studie repræsenterer en ligelig fordeling mellem mænd og kvinder (lille overvægt af mænd), kunne det have været interessant at se på om der er forskelle i erfaringer blandt mænd og kvinder. Dette blev dog fravalgt på grund af et lille udvalg og da jeg ikke specifikt har rettet spørgsmål i interviewguiden om dette.

3.6.1 Troværdighed

Det er vigtigt at forskningsresultaterne er så troværdige som muligt og studier bliver evalueret i henhold til de procedurer der er brugt for at komme frem til fundene (Graneheim & Lundman, 2004). Validitet og realibilitet er de begreber der bruges til at vurdere troværdigheden. Begreberne er mest brugt inden for kvantitativ forskning, men bruges også i kvalitative studier (Kvale & Brinkman, 2009). Der er delte meninger om hvorvidt validitet og realibilitet er korrekte begreber at benytte til vurdering af kvalitativ forskning og flere foreslår at kvalitativ forskning i stedet vurderes ud fra *troværdighed*, *pålidelighed* og *overførbarhed* (Denzin & Lincoln, 2005; Johannes et al., 2010; Polit & Beck, 2012).

Troværdighed refererer til i hvor høj grad jeg har undersøgt det der var min hensigt (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkman, 2012; Olsen, 2003). Evaluering af troværdighed i kvalitativ forskning foregår i alle faser af forskningsprocessen så det er

derfor vigtigt, at jeg systematisk gennem hele forløbet redegør for fremgangsmåde, og at der er systematik gennem processen, så troværdigheden opretholdes og bliver synlig og kan accepteres af andre (Kvale & Brinkman, 2009; Johannesen et al., 2010).

I dette studie forsøger jeg at opnå troværdighed ved at jeg har gjort et grundigt forarbejde for at få indsigt i temaet. Jeg har sat mig ind i metodelære og læst en masse teori og forskning på type 2 diabetes og fundet en hensigtsmæssig metode til at undersøge feltet. Jeg har brugt tid på at både reflektere over og beskrive min forforståelse, som også er vigtig for vurdering af troværdigheden (Dahlberg et al., 2001; Dalen, 2011). Jeg har på baggrund af forarbejdet, udvalgt det design jeg fandt hensigtsmæssigt og udviklet en interviewguide, der skal forsøge at opfange det jeg ønsker at undersøge. Første interview blev betragtet som prøveinterview, men blev medtaget i studiet, da interviewguiden fungerede godt. Deltagerne gav fyldige svar og beskrivelser af deres erfaringer ud fra mine spørgsmål, som er et tegn på at spørgsmålene blev opfattet som egnede (Dalen, 2011). Hvis jeg var usikker på om jeg havde forstået deres svar korrekt, spurgte jeg ind til det, hvilket også er med til at styrke troværdigheden (Johannesen et al., 2010). Det at jeg har et andet modersmål end deltagerne, kan være en kilde til misforståelser og svække troværdigheden, hvilket jeg forsøgte at imødekomme ved at bruge norske ord og vendinger. Ord/vendinger jeg var i tvivl om under transskriptionen, slog jeg op i ordbog eller drøftede med vejledere. Det er dog muligt at den sproglige forskellighed har gjort at nogle nuancer ikke er opfanget. Fundene diskuterede jeg med mine vejledere, hvilket kan have styrket troværdigheden. En yderligere styrkelse, ville være at bede deltagerne gennemlæse transskriptionerne, men dette blev fravalgt på grund af mangel på tid.

Mangfoldigheden i datamaterialet kan ifølge Kvale & Brinkman (2009) styrke troværdigheden og belyse forskellige sider af et fænomen. Et udvalg på 9 deltagere vurderede jeg acceptabelt pga. tid og tilgang til egnede deltagere (Johannesen et al., 2009). Både mænd og kvinder deltog og der var variation i alder og diabetesvarighed. Der var således en vis grad af mangfoldighed og alle erfaringerne var nyttige i studiets sammenhæng. Dette er dog også afhængig af forskerens evne til at stille gode opfølgningsspørgsmål som bidrager til et fyldigt datamateriale (Kvale & Brinkman, 2009).

Det at jeg har medtaget deltagere fra 2 interventioner (testintervention og tilrettet intervention) men har lavet en samlet analyse kan svække troværdigheden. Jeg oplevede dog ikke noget mønster under analysen, der adskiller erfaringer fra de to interventioner. I samarbejde med mine vejledere, besluttede vi derfor at det var hensigtsmæssigt med en samlet analyse, da det der skiller de 2 interventioner fra hinanden, er enkelte ark med relevans for T1DM og antallet af samtaler. Kerneelementerne i interventionen er bevaret i begge. Derudover er begge interventioner en del af et projekt og derfor ikke et billede af en reel implementeret intervention i praksis.

3.6.2 Pålidelighed

Pålidelighed i kvalitativ forskning refererer til hvorvidt fund er gennemsigtige eller synlige, og har med forskningsresultaternes konsistens at gøre (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Hvor godt et håndværk man har udvist i løbet af undersøgelsen, er det konsekvent udført og kan vi stole på det? Dette har jeg søgt at imødekomme ved at beskrive alle dele af forskningsprocessen så detaljeret som muligt, så det bliver muligt for læseren at bedømme pålideligheden.

I kvalitativ interviewforskning er forskeren selv det vigtigste instrument (Kvale & Brinkman, 2009). Min manglende erfaring som forsker kan derfor have påvirket resultatet. For at imødekomme dette har jeg diskuteret de forskellige faser med mine vejledere der begge er erfarne forskere. Samtidig har jeg deltaget i opgaveseminarer, hvor proces og resultater er diskuteret med undervisere og medstudenter. Jeg havde ingen tidligere erfaring med interview i forskningssammenhæng, men erfaring med at tale med personer med type 2 diabetes om det at leve med sygdommen, hvilket kan både være en styrke og svaghed. Jeg var derfor bevidst om at spørge ind til svarerne og ikke taget noget for givet qua min erfaring. Jeg kontrollerede min egen opfattelse undervejs, ved at spørge ind til om jeg havde forstået spørgsmålet rigtigt og opsummerede til sidst.

Jeg valgte et semistruktureret interview, for at sikre at vi fik berørt centrale temaer, men at der også blev rum for at deltageren kunne lede samtalen hen på andre aspekter. Dermed sikrede jeg at de samme temaer blev berørt i alle 9 interviews, uden at der blev lukket af for andre betragtninger. Denzin & Lincoln (2005) pointerer at kravet om neutralitet kan

blokere for kreativiteten i kvalitativ forskning. Kvale & Brinkmann (2009) mener der bliver stillet for få ledende spørgsmål af samme årsag, så jeg har balanceret mellem åbne og lukkede spørgsmål. Det har hjulpet til at jeg har fået fyldige beskrivelser. På grund af mulig sproglig barriere som nævnt tidligere, var jeg meget opmærksom på at tale tilnærmet norsk under interviewene og min oplevelse var at sproget ikke var nogen kilde til misforståelser eller barriere i interviewsituationen. Jeg transskriberede så nøjagtigt som muligt for at være tro mod deltagerens ord (Dahlberg et al., 2005) og brugte citater for at lade deltagerens stemme komme frem, hvilket vil være med til at styrke pålideligheden.

3.6.3 Overførbarhed

I kvalitativ forskning er forskeren ikke en neutral observatør. Data og kundskab opstår i samspillet mellem forsker og informant og vil ikke kunne kopieres nøjagtigt af en anden forsker (Denzin & Lincoln, 2005; Johannesen et al., 2010). Andre forskere ville formentlig finde frem til andre koder, kategorier og temaer end jeg har gjort og derfor kan fund i kvalitativ forskning ikke generaliseres og reproduceres som i kvantitativ forskning. Derimod kan fænomenerne måske genkendes i andre lignende kontekster. Derved bliver det, ifølge Johannesen et al. (2010), et spørgsmål om overførsel af kundskab i stedet for generalisering. Hvorvidt det kan ske, er afhængig af kontekst og hvor veldefineret man har været i sin systematik i forskningsprocessen (Malterud, 2001). Jeg har sammenholdt og diskuteret mine fund op mod både eksisterende forskning og teori og forsøgt at tydeliggøre forskningsprocessen, så mine resultater kan bidrage med kundskab om erfaringer med GEB vejledning til personer med type 2 diabetes i almen praksis.

3.7 Forskningsetiske overvejelser

Forskning i menneskelige erfaringer og oplevelser er underlagt en række etiske principper og lovgivning for at beskytte de personer der deltager i forskningsprojektet. Jeg har derfor udført undersøgelsen i henhold til Helsinki-Deklarationen, nationale etiske retningslinjer og gældende lovgivning (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006; Slettebø, 2012, Helseforskningsloven, 2008).

Der blev via pilotprojektet (fase 1) først sendt forespørgsel om godkendelse hos REK, der konkluderede at studiet ikke krævede godkendelse af den regionale etiske komite (Bilag 5). For at imødekomme lovgivning omkring personværn blev der i efteråret 2014 sendt ansøgning, projektplan, informationsmateriale og interviewguide til vurdering i NSD (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006). Efter få uger fik vi tilbagemeldingen, at studiet opfylder kravene og gennemførelse blev tilrådet (bilag 6).

Deltagerne i studiet deltog frivilligt og de fik skriftlig information omkring undersøgelsens hensigt, metode og brug af data samt samtykkeskema (bilag 2). På selve dagen for interviewet blev informationen gentaget mundtligt og det blev understreget at deltagelse var frivilligt og at de kunne trække sig når som helst uden yderligere begrundelse.

Deltagerens anonymitet blev i varetaget ved, at ingen personfølsomme oplysninger blev gengivet i det transskriberede materiale. Interviewene blev nummereret med bogstaver, for at holde dem adskilt fra hinanden. Samtykkeerklæringer, lydoptagelser og transskriberet materiale opbevares på et sikkert aflåst sted, og alt vil blive destrueret efter bestået masteropgave.

Som forsker er det mit ansvar at vurdere hvilke konsekvenser det kan have for deltageren at medvirke. Retningslinjer og lovgivning påpeger, at hensynet til mennesket altid står over hensynet til forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006; Helseforskningsloven, 2008). Derfor tilstræbte jeg en atmosfære hvor deltageren følte sig i varetaget og følte at de bidrog med vigtige meninger og erfaringer og at deltagelse ikke ville medføre negative konsekvenser. Flere gav udtryk for at det havde været positivt at få lov at fortælle om sine erfaringer og synes at det var spændende at deltage i et forskningsprojekt. Dette indikerer for mig, at jeg er lykkedes med at skabe gode rammer og forebygge negative konsekvenser for deltageren.

4 Fund

I dette kapitel vil jeg præsentere hovedtemaet, temaerne og undertemaerne, samt præsentere fundene. Store dele af fundene bliver præsenteret som citat for at underbygge

temaerne og undertemaerne. Jeg har bearbejdet dem for at give en bedre læsevenlighed og et bedre flow i teksten, men har alligevel bevaret kernen og budskabet i udtalelserne. Jeg har valgt at referere til deltagerne som 'han', for at værne om anonymiteten, da udvalget er relativt lille.

Gennem analysen udkrystalliserede hovedtema, temaer og undertemaer sig med udgangspunkt i mine forskningsspørgsmål som er følgende: *Hvad forventede deltagerne at vejledningen kunne bidrage med i relation til egenhåndtering af diabetes og blev disse forventninger mødt? Hvilken indflydelse har vejledningen haft på måden deltagerne forholder sig til det at leve med type 2 diabetes? Hvordan erfarer deltagerne relationen til sygeplejersken når GEB blev anvendt?* Analysen af data ledte frem til 1 overordnet hovedtema med 3 temaer og tilhørende undertemaer, som er præsenteret i tabel 3.

Tabel 3. Præsentation af hovedtema, temaer og undertemaer.

Hovedtema	
<i>Nye muligheder i livet med type 2 diabetes</i>	
Tema	Undertema
En øget handlingskompetence	Et håb om hjælp Bevidstgørelse på mål, handlinger og konsekvenser Et skub til troen på at være på rette vej
En re-fortolkning af livet med diabetes	At invitere diabetes ind i livet At finde nye ressourcer og muligheder i sygdommen
En motiverende og ligeværdig dialog	At blive set og hørt Egen beslutning med støtte

Hovedtemaet, *nye muligheder i livet med type 2 diabetes*, er illustreret af de 3 temaer med undertemaer og afspejler, at vejledningen med GEB havde medført *en øget handlingskompetence, en re-fortolkning af livet med diabetes og en motiverende og ligeværdig dialog*. To af deltagerne indfanger med følgende udtalelser, på en fin hovedtemaet:

«Dette med denne sygdommen trenger ikke bare å være en masse negative ting, liksom. Man kan finne andre muligheter i det».

«Det er bevisstgjørende og det gir deg på en måte kraften tilbake til deg selv, ikke sant vel? Akkurat sånn at du innser du har en masse ressurser og muligheter og du kan hvis du vil».

4.1 En øget handlingskompetence

Det første tema der kom frem, var *en øget handlingskompetence*, der bygger på undertemaerne: Et håb om hjelp, bevidstgjørelse på mål, handlinger og konsekvenser og et skub til troen på at være på rette vej. Det kom frem gjennom analysen, at der var forskjellige forventninger til vejledningen, men at den havde medført nogle vigtige redskaber til egenhåndtering der gav en styrket handlingskompetence.

4.1.1 Et håb om hjelp

Deltagerne havde forskellige forventninger til hvad de håbede at få ud af vejledningen. Flere fortalte, at de på forhånd ikke havde store forventninger, men havde et håb om hjælp til at finde motivation, få et større fokus på diabetes og nogle redskaber til at håndtere sygdommen i dagligdagen:

«Ikke noen voldsomme forventninger, annet end at de gjerne kunne få hjelp med å fokusere på å gjøre de gode tingene for meg selv».

En del af deltagerne havde oplevet, at tidligere forsøg på at omlægge livsstil ikke havde båret frugt og følte derfor de havde brug for et ekstra fokus og et skub til at finde motivation og praktiske løsninger der kan hjælpe dem i hverdagen. For dem var vejledningen en perfekt chance til at få ekstra opfølgning og nye input og nogle ”nøkler” til at klare det på egen hånd. Som en her udtrykker:

«Jeg har vært bevisst om dette i noen år og så har jeg prøvd å finne en metode til å leve med det. Og så har jeg ikke kommet helt i mål».

Flere af de deltagere der tidligere havde forsøgt sig med ændringer fortalte, at de oplevede det som en udfordring at de rent intellektuelt havde masser af viden, men manglede redskaber til at omsætte det til handling.

De fleste af deltagere ønskede konkret hjælp til at opnå vægttab, foretage kostændringer, begynde med regelmæssig fysisk aktivitet og generelt få mere information omkring type 2 diabetes. For flere af disse deltagere, var der et ønske om enten helt at kunne undgå medicinsk behandling, eller skære ned på antallet af præparater som beskrives i følgende udsagn:

«Jeg vil ikke begynde på stadig nye medisiner før jeg er på sporet liksom. Altså jeg vil gøre det jeg kan med kosthold og træning. Og få litt tid på meg på akkurat det».

Nogle få af deltagerne fortalte at de ikke havde udfordringer med hverken at finde motivation eller lave ændringer. Deres håb var derfor kun, at vejledningen ville give dem praktisk information de kunne omsætte til handlinger i hverdagen. Som en af deltagerne udtrykker:

«Ikke store forventninger, men jeg havde forventninger til at jeg skulle få en del informasjon som kunne hjælpe meg på vei».

Enkelte af deltagerne havde ingen forventninger og en anden der ikke oplevede udfordringer, deltog fordi han synes det var interessant rent forskningsmæssigt.

4.1.2 Bevidstgørelse på mål, handlinger og konsekvenser

Det at blive bevidst omkring mål, handlinger og konsekvenser havde haft stor værdi for mange af deltagerne og givet dem en handlingskompetence i forhold til at opstille mål og arbejde målrettet for at nå dem. En af deltagerne udtrykte at han var blevet: «Mer bevisst i det siste halve året end de 10 siste år»:

Vigtigheden af at have et mål at arbejde bevidst hen imod blev understreget af flere, som eksempelvis denne deltager:

«Altså alle mennesker tar jo frie valg og det her er i al fald et veldig godt tilbud for å fortsette med å ta bevisste valg. Og jobbe målrettet. Altså ikke minst det der med å ha et mål. Det tror jeg er veldig viktig. Ha et mål for langtidsblodsukkeret for eksempel. Hvordan skal vi nå det? Hva må til i praksis for å nå det målet? Dag etter dag. Gjøre bevisste valg».

Enkelte af deltagerne havde allerede mål før vejledningen, men havde oplevet problemer med at nå dem, mens andre oplevede at målene opstod vejs gennem vejledningen, efterhånden som de blev bevidst om deres ønsker og prioriteter. Som en af deltagerne her siger:

«Der er jo en del spørgsmål oppe i alt dette her med mål og der var så mye forandringer underveis, så jeg hadde vel egentlig ikke målene til å begynne med».

Deltagernes mål drejede sig hovedsageligt om enten vægtreduktion, sundere kostvaner, regelmæssig motion, hyppigere blodsuktermålinger, lavere HbA1c eller reduktion/undgåelse af medicinsk behandling.

Fælles for stort set alle tilbakemeldinger var, at det havde være nyttigt at arbejde aktivt med målsætning og at det for mange var en helt ny måde at arbejde på. En af deltagerne var så målbevidst på forhånd at det ikke havde vært aktuelt for ham, mens andre der egentlig hadde mål i forvejen, synes det hadde været nyttigt at få yderligere værktøjer.

Flere fortæller, at de også er blevet mere bevidst om deres daglige handlinger og hvad der kan forbedres, efter at have fået vejledning med GEB. En af deltagerne udtrykker det således:

«For den her undersøkelsen er en pådriver for å drive med litt forbedringer. Så det er greit. Det gir inspirasjon til å prøve å forbedre seg. Man begynner å tenke litte gran mer om hva man bør gjøre».

Spesielt det at måle blodsukker regelmæssigt og handle på resultaterne, hadde været et stort udbytte for flere af deltagerne og givet bevidsthed omkring sammenhængen mellem blodsukkerstigninger og kost. Det hadde fået flere af deltagerne til at fravælge kost de mærkede hadde en negativ indflydelse på både blodsukker og velbefindende. En af deltagerne siger:

«Nå kjenner jeg jo, at når jeg spiser og spiser feil ting, så gjør det at så går blodsukkeret opp. Og da er jeg så passiv at jeg ikke har lyst å være der. Jeg vil ikke ha den igjen, altså da hopper jeg over det neste gangen».

Flere af deltagerne fortalte, at de før kun hadde målt blodsukker fordi de følte de skulle, men aldri riktig hadde brukt resultatene til noget. Det hadde veiledning ændret, så de nu aktivt handlede derefter. Dette gjaldt også de deltagere der var motiverte og i gang med at arbeide målrettet før interventionen.

Vejledningen hadde for flere medført at de var begyndt at spise mere grønt, mindre sødt, skære ned på antallet af måltider eller var blevet bevidste om at spise regelmæssigt. Flere var også blevet opmærksomme på motionens gavnlige virkning og hvordan man sætter et ønske om mere motion om til handling. En af deltagerne udtrykker følgende:

«Jeg har jo planer, men må bare få satt det ut i livet i forhold til det med trening og såne ting. Så nå har jeg gjort det sådan at jeg kan ikke unngå å mosjonere litt, for nå får vi snart en valp i huset, da MÅ vi ut. Det er jo og faktisk et tiltak for å presse meg selv til å så snu litt og få etablere noen litt andre vaner».

Hvilke konsekvenser det har at tage gode eller dårlige valg, var noget mange af deltagerne var blevet opmærksomme på både før og under veiledningen. For mange var tanken om eventuelle senkomplikationer i fremtiden skræmmende og stod for dem som den værste konsekvens ved ikke at gjøre noget for deres diabetes nu. En siger følgende:

«Men man vet jo i utgangspunktet at ting er der. Ting kan skje. Og så selvfølgelig håp om å få minst mulige konsekvenser. Det er jo det alle vil, da».

Det hadde derfor været nyttig for dem at blive bevidst om at de kan gjøre noget selv for at forebygge eventuelle senkomplikationer. En af deltagerne pointerede, at det var en hjelp at få at vide, at selvom der ikke er tegn til senkomplikationer nu, kan det opstå senere hvis man gjennom år har høje blodsukre.

4.1.3 Et skub til troen på at være på rette vej

Det at finde motivation til at foretage ændringer, havde været hovedudfordringen for flere af deltagerne. For dem havde vejledningen derved fungeret som en drivkraft, en motivation og et skub i den rigtige retning som en udtrykker i følgende udsagn:

«Det er litt sånn et godt push i ryggen at jeg gjør det. Og så er det en beroligelse på at det er okay. Det har dette gjort for meg».

Nogle af deltagerne havde oplevet et fald i blodsukkerværdier og HbA1c i kombination med medicinændringer og det havde været både motiverende og overraskende. Som en af deltagerne beskriver:

«Og så hadde det også vist seg at mine tal på langtidsblodsukkeret hadde jo også falt veldig i samme periode, så det var jo veldig gøy. Jeg var litt satt ut av at det hadde gått så bra».

Flere af de deltagere der havde vægttab som mål var også begyndt at se vægten gå nedad, og det var både motiverende og havde indflydelse på deres humør. En forteller:

«Jeg har jo gått ned fra 125 til, siste gang jeg veide meg nå var det 102. Jeg er kjempefornøyd! Bare det er jo godt nokk til å bli i godt humør av og kroppen blir lettere, lettere å gjøre ting og humøret gjør det jo veldig mye med».

For mange havde de synlige og målbare resultater medført en tro på at de kunne klare at mestre livet med diabetes:

«Det gav meg i al fald troen på, at hvis jeg bare justerer enda litt mer, så er vi i mål. Det var veldig motiverende».

En anden beskriver det således:

«Altså jeg er jo veldig positivt innstillet fremover. Jeg føler at jeg skal virkelig prøve å gjøre mitt beste for meg selv. Det å få en mestringsfølelse av å mestre den her diabetesen. Det er viktig».

Enkelte deltagere fant det fortsatt vanskelig at gjøre endringer, men følte at den alligevel hadde styrket motivationen og troen på at kunne klare det, som en beskriver:

«Jeg kan jo ikke si at den har snudd på hverdagen minn, men den har gjort inntrykk i forhold til det med å reflektere på disse forskjellige områdene. Og den har ligget fremme på pulten fordi at jeg tenkte at jeg skal kikke litt mere på det for at det og skal være å motivere meg enda mere. Til å få satt det ut i livet».

Deltagerne var veldig bevidste omkring, at det krever arbeide og vilje at indarbeide nye vaner i dagligdagen og at det er en tidskrævende proces før det sitter på rygmarven. En beskriver det sådan:

«Det å bygge gode vaner det er det eneste som egentlig hjelper. Du må tvinge deg selv til nye vaner i livet ditt. Og det går også selvfølgelig på trening og du må bare tvinge, altså i begynnelsen må du bare tvinge deg selv til nå skal jeg gjøre det her hver uke. Så vil det kanskje gå automatisk etterpå. Men du er nødt til å tvinge deg selv i begynnelsen til å gjennomføre de endringene som må til».

Selv om usund mat og manglende fysisk aktivitet fortsatt kunne føre til dårlig samvittighet hos nogle af deltagerne, hadde processen under vejledningen alligevel gjort den dårlige samvittighet mindre og en tro på at være på en positiv vej.

«Jeg kjenner jo fortsatt den dårlige samvittigheten når jeg kan velge mat som ikke er bra for meg. Og jeg tenker gjerne ikke på det der og da, mye går jo på vaner og impulshandlinger. Men jeg kan kjenne på den dårlige samvittigheten etterpå. Samtidig kjenner jeg jo og at generelt så har jeg fått litt mindre dårlig samvittighet, fordi at det er denne prosessen som jobber. Og med de tiltakene, med de tingene jeg gjør, så vet jeg at jeg er på vei. Så jeg kjenner at jeg har liksom senket skuldrene litt, men på en positiv måte, da».

For nogle at deltagerne, hadde vejledningen medført at det nu ikke lenger var et spørsmål om de skulle lave endringer eller ej. Vejledningen hadde for dem medført en ny vilje og følelse af beslutsomhed mod målet som bliver udtrykt i følgende udsagn:

«Jeg er nå enda mere klar på at jeg SKAL gå tur og i de vrieste periodene så har det vært sånn, at nå er det ikke et spørsmål lengere. Jeg SKAL bare».

«Ja, det var plutselig: Nå skal jeg. Ja, det var rett før siste samtalen. Da fant jeg ut, at nå begynner det.

Andre sled forsat med at tage gode valg i en travl hverdag med job og familie, men følte at de var blevet mere bevidste om det og dermed på vej til at etablere nye vaner.

4.2 En re-fortolkning af livet med diabetes

Dette tema handler om hvordan vejledningen med GEB har sat nogle processer i gang hos flere af deltagerne, der har medført en *re-fortolkning af at leve med diabetes*. Hvordan vejledningen har fået nogle til at invitere diabetes ind i livet og gennem en refleksionsproces fået oplevelsen af at der er ressourcer og muligheder at finde i sygdommen.

4.2.1 At invitere diabetes ind i livet

Enkelte af deltagerne fortalte at de allerede før vejledningen, havde erkendt og accepteret at de har diabetes og at det er en sygdom de må leve med og arbejde på at få kontrol over. Én fortæller:

«Jeg har ikke latt det bli et vanvittig stort problem. Jeg har bare konstatert: Ja, jeg har det. Ferdig med det».

For andre havde vejledningen medført en erkendelse af, at de faktisk har sygdommen og at de bør tage den seriøst og ikke ignorere den. Én af deltagerne beskriver det på denne måde:

«Men det var vel egentlig de på legekantoret som fortalte at jeg har diabetes 2. Men selv da – ja, okay. Jeg hører dere sier det, men jeg vet ikke om jeg er helt der. Men det er jo det som har vært bra med samtalen. For ja, jeg skjønner jeg har det. Og jeg tager det, etter den gjennomgangen der, så tager jeg det veldig seriøst».

Andre deltagere beskriver det som, at blive ”møtt i døren” og opdage, at de egentlig ikke har forholdt sig til sygdommen, men i stedet gemt dem væk:

«Det mest betydningsfulle er vel det, at jeg har møtt meg litt i døren i forhold til at jeg faktisk har stengt det ute. Jeg har tatt medisinerne, jeg har gjort det jeg har fått beskjed om å gjøre, men jeg har likevel ikke ville forholde meg til at jeg har denne sykdommen».

En deltager beskriver det som at tage det lidt mere alvorligt at se på hvordan man forholder sig til sygdommen i stedet for at være plaget af dårlig samvittighed over forkerte valg:

«Det blir på en måte litt mere alvorlig når du begynner å reflektere over sykdommen. At du faktisk har en sykdom som du gjerne må ha, eller mest sannsynlig må ha livet ut. Og det blir hvordan man da velger å forholde seg til det. Det blir litt nyttig, istedenfor at en bare går og tenker: Ja, uff. En skulle ha gått en tur i dag og åh, nå har du spist et ekstra kakestykke, ikke sant?».

Det at reflektere over hvor meget diabetes fylder, eller bør fylde, i hverdagen, havde være nyttigt for mange af deltagerne. En af deltagerne havde nået en erkendelse af, ikke at lade diabetes få nogen plads:

«Det var vel egentlig litt dette med den, altså plassen den har i livet mitt. Det å bli litt utfordret på hva plass diabetesen har i livet mitt. Det var litt nyttig. For det, som sagt, så er nok det et av mine hovedproblemer. At jeg lader den ikke få plass i livet mitt. Jeg bare ignorerer den».

Mens en anden var nået til den erkendelse, at ved at tage hånd om diabetes vil det medføre at diabetes får en mindre plads som udtryk for at den er bedre behandlet.

«Det går på det, at gjennom bevisste valg så skal diabetesen ta mindre plass...(...)...Livet blir mer styrt av vaner, gode vaner, sant? Så vil jo diabetesen ta mindre plass. Fordi at den er på en måte behandlet i større grad».

Der var således forskellige opfattelser af hvilken plads diabetes bør have, men med det til fælles at samtalerne fik dem til at reflektere over hvordan de lader diabetes få plads og hvilken plads den bør indtage fremover.

En af deltagerne beskriver det som positivt at han, gennem metoden her, har fået et mere nært forhold til sin diabetes:

«Så jeg tror kanskje at jeg har fått et mye nærere forhold til den sykdommen end jeg hadde og det er jo bra. Jeg skal jo leve med dette ».

Generelt havde arbejdet med refleksionsarkene ført til aha oplevelser for mange af deltagerne. Som én siger:

«Ja, jeg vil se det sykdomsforløpet som de har, hvis de ikke har bruk for dette. For du får ganske: Aha! Oj! Nei, nå må jeg tenke på det».

Det at vejledningen på den måde tager hånd om den mentale del i forhold til at leve med diabetes, havde derved været en positiv og udbytterig oplevelse for de fleste af deltagerne. Det havde medført at blive bevidst om udfordringer og problemer og flere fortalte at det for dem var en helt ny måde at forholde sig til diabetes på. En af deltagerne udtrykker det på denne måde:

«For det her er jo en blanding av psykologi og praktiske råd, sant? For der er jo en psykologi knyttet til dette her. Det går på tankesettet ditt. Det går på måten du tar valgene dine på. Prioriteringene dine. Sånne refleksjonsark de bidrar til å sette litt ting på plass inne i skallen».

For de der allerede var motiverede, på vej og ikke følte psykiske udfordringer, havde dette fokus ikke været nyttigt. De følte derfor at metoden ikke passede på dem og oplevede ikke at tilhøre målgruppen for vejledningen.

«En del av de spørsmål der har vært, så har det vært opplevd som et større problem å leve med diabetes 2. Jeg har jo levd uten medisiner og ikke hatt noen plager i det hele tatt. Ikke har jeg overvekt, altså mange av de tingene som mange sliter med, gjelder ikke meg».

For dem havde det næsten været irriterende at spørgsmålene og opgaverne i refleksionsarkene kredsede omkring de samme problematikker.

4.2.2 At finde nye ressourcer og muligheder i sygdommen

Vejledningen havde medført for flere, at de begyndte tænke nye tanker i forhold til deres hverdag og diabetes. Flere af deltagerne var derigennem blevet opmærksomme på nye ressourcer og muligheder i sygdommen.

Det at være ”tvunget”, som én af deltagerne udtrykte det, til at sætte sig ned og reflektere over problemer, udfordringer og mulige løsninger havde været værdifuldt:

«Og det har du ikke tenkt på, altså. Det blir: Ja, da kan det prøves. Så jeg følte det var, det var mange ting som ikke du tenker på, men som var greit å gå igjennom. På den måten at: Ja, jo, det stemmer nok. Sånn kan en og snu på det».

De beskriver at det var nyttigt både at reflektere over hvilke problemer de oplever i hverdagen og samtidig blive inspireret til selv at finde løsninger og måder hvorpå de kan vende deres situation og se det fra en lidt anden vinkel og se muligheder. En udtrykker:

«Ja, for det var det som var fint ved de spørsmålene der. Så blir du tvunget til å sette deg ned og så: Okay. Hva er det jeg har problemer med og hvorfor har jeg de problemer og hva kan jeg gjøre med problemet? Og du skal selv finne svarene på det og sånt».

Flere pointerede, at vejledningen havde medført at de nu så diabeten i et mere positivt lys og havde medført en erkendelse af at der er muligheder og ressourcer at finde i sygdommen. To deltagere fortæller:

«Men det jeg kjente på igjennom dette var det at kanskje jeg til og med kan ta den sykdommen såen til meg at det kan være en slags ressurs i livet mitt faktisk. At jeg kan bruke det til noe positivt og tenke som så, at jeg har nå på en måte en såen veileder i meg som forteller meg hva som er bra og hva som er dårlig».

«Og så kan jeg bruke det som en styrke heller, i stedet for. Altså se på det som en slags venn, om man kan si det sånn i stedet for en fiende. Og det føler jeg, at jeg kom frem til når jeg gjorde dette. At det ble en sådan bevisstgjøring for meg».

En af deltagerne havde også oplevet at skammen over at have diabetes var blevet vendt til at se diabeten i et mere positivt lys:

«Jeg fant på en måte den ressursen i sykdommen og det å bruke det som noe bra i livet istedenfor noe negativt i livet. Og det er for meg en stor ting, at dette har kommet frem. Istedenfor å gå rundt og skamme meg».

Flere deltagere beskriver altså, at de etter veiledningen opplever, at de er blevet bedre til å se muligheter i stedet for begrensninger og at det faktisk går an å leve et godt liv med diabetes. At de er kommet til den erkendelse at det ikke er verdens undergang å ha diabetes, hvilket ble oppfattet som motiverende. Andre fremhevet, at det var motiverende at veiledningen derved fikk et annet fokus på medicinering og senkomplikasjoner. En av deltagerne uttrykker det således:

«Så motivering er viktig. Det å være positiv. Det å se på muligheter og ikke problemer, det er også viktig. Å løfte personene litt: Okay, du har den diagnose her men det er ikke verdens undergang. Du kan faktisk leve med det her, bare lev sunt så går dette her bra, sant?»

Derfor følte flere av deltagerne at veiledningen hadde vært et verdifullt verktøy der kunne hjelpe dem til mobilisere ressurser og lade viljen styre i stedet for sykdommen. Flere av deltagerne hadde inndraget familien som en ressource og en av deltagerne hadde fått arbeidskolleger til å støtte opp omkring nye motionsvaner og bedt dem om å spørge inn til aktivitet daglig. Andre deltagere angav, at støtte fra sygeplejersken var det viktigste og at de ikke følte behov for å inndrage familien.

Ligeledes beskrev de, at det var nyttig å arbeide med arkene over tid og at refleksjonsprosessen var med dem i det daglige og ikke kun når de arbeidet med arkene og undersamtalerne. En av deltagerne beskriver hvordan arkene og samtalerne også har vært i baghovedet etterfølgende og fungerer som en støtte på at det er okay for å prioritere trening i en travl hverdag:

«Jeg klarer bedre de gangene når jeg for eksempel har tatt meg tid til å gå på trening for eksempel. Så er de samtalerne i bakhodet på meg og at jeg tenker: Dette er okay».

Flere av deltagerne forteller at de jevnlig tar arkene frem igjen, her etter at veiledningen er gjennomført. De forteller at det er med til å holde motivation og positivt fokus på muligheter oppe.

4.3 En motiverende og ligeværdig dialog

Dette tema handler om, hvordan deltagerne oplevede at vejledningen var foregået i en dialog med sygeplejersken, der var både *motiverende og ligeværdig*. Det var tilbagemeldinger om en oplevelse af, at det blev individuelt og personligt i stedet for bare et ”nummer i rækken”. Og en oplevelse af at blive både set og hørt og dermed være i stand til at tage egne beslutninger med støtte fra en kompetent fagperson.

4.3.1 At blive set og hørt

Flere af deltagerne havde tidligere haft oplevelser i sundhedsvæsenet, hvor de beskrev at det blev vældig klinisk og upersonligt. Ikke i de lægecentre de er tilknyttet nu, men i andre møder med sundhedsvæsenet hvor de fortalte om hurtige konsultationer uden en dialog, der på dem virkede upersonlige og som samlebandsarbejde:

«Vi skriver bare ut en resept på tabletter. Den er jo veldig kjent».

Metoden her, beskrev mange derimod, som positiv og individuel med udgangspunkt i den enkeltes behov og situation. Alle deltagere fortalte om hvordan de havde oplevet relationen med sygeplejersken som positiv, tryk og ligeværdig som eksemplificeres i følgende udsagn:

«Det er ikke sånn dømmende. Hadde det bare vært negativt: Nå må du. Så tror jeg ikke du hadde funnet den motivasjon. Der er alltid noe positivt opp i. Uansett om der er negativt».

Det fik dem til at føle sig trygge og føle at de kunne være ærlig omkring deres tanker og ikke have behov for at pynte på noget eller undgå at tale om det der er svært. En fortæller:

”Jeg er ikke redd for det og jeg skjønner og på at jeg sier akkurat hvordan det er, jeg går ikke der for at pynte på saken, for det er ikke vits i det hele tatt, jeg får ikke hjelp hvis jeg gjør det».

Uanset om deltagerne følte de havde fået et stort udbytte af interventionen generelt, var der enighed om at den dialog de havde haft med sygeplejersken, var positiv støttende og

motiverende. Deltagerne brugte ord som ”medspiller”, ”motivator”, ”samtalepartner” og ”en støtte udefra” om sygeplejersken.

En fortalte, hvordan sygeplejerskens tilbagemeldinger og støtte opleves som en motivation og anerkendelse:

«Og når en gik igennem dette i sammen da, så får en gerne veldig god tilbakemelding på at, «Du har tenkt sånn og sånn, ja det er bra. Som helsepersonell så støtter jeg deg i det og det». Og det er klart, det løfter deg jo litt. Så det er jo med til å motivere og støtte».

Og her en anden deltager der også fremhæver oplevelsen af anerkendelse:

«Men jeg merker likevel med denne metoden her, så ble det en HELT annen dialog. Det ble mye mer positivt, det var det ene. Det la jeg veldig godt merke til. Og det at føle at du får anerkjennelse, støtte på at du har skrevet ned noen kloke tanker».

De af deltagerne der allerede før interventionen var godt i gang med at arbejde målrettet og ændre vaner, havde allerede motivation på forhånd men følte at motivationen var blevet styrket, dog mere i kraft af relationen med sygeplejersken end selve vejledningsmetoden

Specielt det, at få individuelle råd og information omkring kost, var for mange et vigtigt udbytte. Mange havde tidligere fået undervisning omkring kost, men havde udfordringer med at få generelle kostråd omsat til konkrete rettesnore de kunne bruge i hverdagen. Det havde metoden her hjulpet til ved at sygeplejersken havde givet den individuelle og brugbare tilbagemeldinger:

«Det er jo gjennom hende jeg har, har fått liksom: Ja, du kan spise det».

En af deltagerne der ikke tidligere havde fået generel vejledning omkring diabetes, savnede mere generel vejledning der kunne knyttes til personlige erfaringer og handlinger. Andre fortalte, at sygeplejerskens viden om diabetes og erfaring blev brugbart for dem, da det blev sat ind i en individuel kontekst der var tilpasset deres behov. En deltager beskriver:

«Nei, som sykepleieren sagde, der er jo så mange som reagerer ulikt. Det er ikke sikkert at alt dette her passer på deg. Men du får bare fylle ut det du føler passer for deg».

Spesielt det, at samtalerne blev mere dybtgående blev fremhævet som positivt af flere deltagere. At samtalen og dialogen dermed blev en gensidig udveksling af tanker og erfaringer og at der gjennom den dialog kom nye ting frem, som hjalp dem i processen og gav en læreeffekt:

«Så vi diskuterte jo en del av de kommentarene jeg hadde skrevet ned og så hadde hun jo også en del kommentarer. Dermed bliver det jo en sådan læreeffekt».

Det var altså en følelse af at konsultationen bar præg af samarbejde i stedet for bare videreformidling af information, der af flere av deltagerne blev beskrevet som positivt:

«Og da jeg var ferdig med prosessen, så var hun veldig fornøyd. Vi hadde fått snakket, eller fått mye ting på bordet og diskutert målsetningene. Altså vi kom på et veldig sånn bra sted til slutt, der vi følte vi hadde gjort en god jobb».

«Det å ha en person som jeg er fortrolig med og som hører på meg og som gir konstruktiv feedback på det jeg sier. Det er viktig».

Nogle af deltagerene oplevede at dialogen med sygeplejersken også var viktig i forhold til at tale om de følelsesmessige sider ved at leve med diabetes og der igennem få innspill til de tanker de gikk rundt med og ikke kun den medisinske behandling.

«Det er en dårlig sammenlikning, men altså hvis du har fått en kreftdiagnose og kommer til legen og legen snakke om cellegift og sånne ting. Og så går pasienten hjem og tenker egentlig bare på om han kommer til å leve eller ei, altså. Og får ikke snakke med en psykolog. Det går litt på det, selv om dette her er mye mindre alvorlig, så er det veldig, veldig viktig at den mentale biten blir tatt vare på. Samtale med en kompetent person som kan gi innspill på de tankene man har».

Enkelte deltagere nevnte at også den gode kemi de hadde følt med sygeplejersken var med til at fremhæve motivationen og følelsen af trygghed.

4.3.2 Egenbeslutning med støtte

Alle deltagerne var meget tydelige på at ansvaret for egenomsorg og det at følge op på behandlingen, var deres eget ansvar. At det var deres ansvar at komme i gang med at arbejde mod de mål de var nået frem til under interventionen. Ligesom de beskrev at det var deres ansvar at følge op på og acceptere medicinsk behandling og tage imod vejledning som en udtalte:

«For nå er det jo sådan, at det er helt opp til meg selv. Jeg kan velge å ta imot veiledning fra legekantoret, men ellers så er det jo helt opp til meg selv. Jeg må komme meg ut av sofaen, jeg må gå på tur».

Nogle af deltagere havde hele tiden havde været bevidst omkring det, mens andre var blevet endnu mere tydelige på det under interventionen:

«Nå er jeg rimelig klar på det, er mye mer bestemt. Det er meg det står på. Så der er mye som har blitt veldig mye klarere i løpet av disse samtalene synes jeg. Så jeg har hatt veldig stort utbytte av det».

«Det er jo meg selv som styrer hele greier, det følte jeg også mens jeg var med på dette her. At det var mine valg og mine innspill som jeg selv satte inn i arkene og som vi diskuterte».

En af deltagerne beskriver at vejledningen derved har fungeret som en katalysator for selvhjælp:

«Det setter i gang en prosess. En tankeprosess. Og det er jo det som er viktig. Så det er på en måte en katalysator for selvhjælp, dette her».

Selvom de var meget bevidste omkring det, mente alle at beslutninger skal tages i samarbejde med læge og sygeplejerske og at ansvaret dermed ikke hviler på den enkelte alene. For dem handlede det om, at beslutninger blev taget med støtte og vejledning fra en kompetent fagperson.

«Det er meg som er styrende og så er helsepersonell med på sidelinja. Altså det er mitt ansvar, det er mine svar, men med helsepersonell på siden som kan veilede, stille

oppfølgingsspørsmål og på den måten og kunne styre og korrigere litt, hvis der er behov for de».

Flere af deltagerne fortæller, at vejledningen har været med til at give en større forpligtelse til at tage ansvar for sin diabetes. Både over for sig selv, men også over for sygeplejersken. At det forpligter når de melder sig til at deltage i interventionen med GEB og når sygeplejersken investerer tid og kræfter i dem. Som to af deltagerne her fortæller:

«Så er det der jeg tenker og at noen mennesker er kanskje slik som meg, at det å forplikte seg til et program, si ja til å være på et program, så følger du det opp gjerne på en helt annen måte, enn hvis du sitter alene med alt ansvaret for din egen helse».

«Ja, jeg syns jo det er veldig greit og bli fulgt opp av en egen diabetessykepleier. For du får jo et litt mere spesielt forhold til det da og du føler jo litt ansvar overfor hun og, sant? Du kan ikke bare gi blaffen i det».

At have muligheden for at blive fuldt op over tid af en diabetessygeplejerske, havde været et vigtigt udbytte for alle deltagere. Der var meget individuelle tilbagemeldinger på om der havde været for mange, passende eller for få samtaler. Nogle synes 4 samtaler var passende, nogle kunne have brugt det dobbelte, nogle synes 7 var for mange og andre havde fundet det passende. Fælles for alle deltagere var dog, at muligheden for løbende at have samtaler med sygeplejersken fremover var vigtig. Både for at blive ved med at arbejde målrettet for ændringer, opretholde motivationen og for at have en kompetent fagperson at diskutere udfordringer med. Flere deltagere fortalte, at det var en tryghed for dem at vide at de har sygeplejersken, som kender dem og som passer lidt på dem. Som engagerer sig og som tager dem og deres udfordringer alvorligt, specielt i perioder hvor de har det svært, som en udtalte:

«Nå i høst har det ikke vært bra, jeg har liksom falt ned igjen. Men da har det jo vært enda viktigere å ha sykepleieren».

5 Diskussion af fund

Hensigten med dette studie var, at undersøge erfaringer blandt personer med T2DM der har fået vejledningen med interventionen ”Guided Egen-Beslutning” i almen praksis.

I dette kapitel vil jeg diskutere fundene op mod udvalgt teori og tidligere forskning, for at søge svar på forskningsspørgsmålene: *Hvad forventede deltagerne at vejledningen kunne bidrage med i relation til egenhåndtering af diabetes og blev disse forventninger mødt? Hvilken indflydelse har vejledningen haft på måden deltagerne forholder sig til det at leve med type 2 diabetes? Hvordan erfarer deltagerne relationen til sygeplejersken når GEB blev anvendt?* Disse forskningsspørgsmål vil blive belyst gennem temaerne *En øget handlingskompetence, En re-fortolkning af livet med diabetes og En motiverende og ligeværdig dialog*, som danner grundlag for hovedtemaet *Nye muligheder i livet med type 2 diabetes*.

5.1 Nye muligheder i livet med type 2 diabetes

Dette studie illustrerer betydningen af deltagelse i GEB interventionen for patienter med type 2 diabetes i almen praksis. Vejledningen synes at have medført et mere positivt syn på diabetes og en oplevelse af, at det faktisk går an at leve med sygdommen. Dette kan reflektere at vejledning gennem, *en øget handlingskompetence, en re-fortolkning af livet med diabetes og en motiverende og ligeværdig dialog* har ført til *nye muligheder i livet med type 2 diabetes* for deltagerne.

5.1.1 En øget handlingskompetence

Fundene belyser, at deltagerne gik ind til vejledningen med *et håb om hjælp* og at en *bevidstgørelse på mål, handlinger og konsekvenser* havde været udbytterigt for de fleste deltagere. Det havde medvirket til *en øget handlingskompetence og et skub til troen* på at være på dette vej mod god egenhåndtering.

Fundene viser, at deltagerne ikke udtrykte store forventninger til vejledningen, men havde individuelle *håb om hjælp* til motivation, fokus, information og redskaber til

egenhåndtering. En person deltog udelukkende fordi han synes det var forskningsmæssigt interessant og oplevede ikke udfordringer ved at leve med diabetes. De forholdsvis små forventninger kan reflektere, dels at vejledningen med GEB var ny og ukendt for dem, men også at tidligere negative oplevelser knyttet til livsstilsændring, kan have påvirket mestringsforventningen negativt hos nogle af deltagerne (Bandura, 1997). Flere af deltagerne fortæller, at de tidligere havde oplevet ikke at komme i mål med ændringer, hvilket kan indikere, at de tidligere har været i handlingsstadiet, men er faldet tilbage til tidligere stadier i ændringsprocessen (Prochaska et al., 1992). Selvom det ikke er muligt at konkludere på mestringsforventning ud fra mine fund, kan man antage at disse manglende succesoplevelser kan have indvirket negativt på troen på at kunne klare udfordringerne og dermed afspejlet sig i de forholdsvis få forventninger til vejledningen (Bandura, 1997). Også tidligere forskning har påpeget at mestringsforventning spiller en vigtig rolle for motivation til egenhåndtering (King et al., 2010; Raijmakers et al., 2014). Endvidere pointerer flere af deltagerne, at de på trods af god viden om diabetes før vejledningen, ikke var kommet i mål med at lave ændringer. Bandura (1997) betoner i sin teori at viden og kundskab ikke gør det alene. Mennesker vil ofte fejle i at udføre ændringer selvom de har kundskaberne, hvis de ikke også har tro og forventning om at lykkes.

Fundene indikerer også, at det at finde motivation til ændringer var en udfordring som flere af deltagerne håbede at få hjælp til. Ifølge Deci & Ryan (2000) er indre motivation baseret på lyst og interesse, vigtig for eksempelvis ændring af vaner. Mangel på motivation, kan afspejle, at menneskets basale behov for kompetence, autonomi og tilhørighed ikke er opfyldt (Deci & Ryan, 2000). Ønsket om hjælp til motivation hos flere af deltagerne, kan indikere at de søger støtte udefra til styrke disse komponenter. Vi ved også fra tidligere forskning, at motivation til ændringer kan være vanskelig at finde (Shikagi et al., 2010, Kirk et al., 2012) og at støtte fra sundhedspersonale er vigtig i en motivationsproces (Lorig & Holman, 2009; Isakson et al., 2014). Enkelte af deltagerne var allerede før vejledningen godt i gang med ændringer, hvilket kan antyde at de allerede var i handlingsstadiet (Prochaska et al., 1992). De oplevede ikke motivation som en udfordring, hvilket kan afspejle at de før vejledningen var indre motiveret (Deci & Ryan, 2000).

Stort set alle deltagere håbede på mere viden om diabetes og en styrkelse af færdigheder, til at hjælpe dem til god egenhåndtering – det gjaldt også dem der var aktivt i gang med ændringer. De konkrete ønsker blandt deltagerne var øgede færdigheder og viden i forhold til vægttab, kostændringer, fysisk aktivitet og reduktion af medicin, som er de gængse udfordringer patienter med T2DM ofte står overfor (Funnell et al., 2010; Ahola & Groop, 2013). Ønsket om viden og færdigheder er i tråd med Deci & Ryan (2000) der hævder, at oplevelsen af at man har kapacitet, viden og færdigheder er vigtig for styrkelse af oplevelsen af kompetence. Det skal nævnes, at kompetence ifølge SDT ikke er instrumentelle, praktiske færdigheder, men en følelse af tiltro til at man kan klare udfordringer og nå sine mål (Ryan & Deci, 2002; Williams, 2002). Vi ved dog fra forskning og anden litteratur, at praktiske færdigheder som blodsuktermåling, vurdering af blodsukker, kostsammensætning osv. er centrale elementer når man har diabetes og er vigtige for kunne lave ændringer (Helsedirektoratet, 2009; Rise et al., 2013). Derfor kan man antage, at praktiske færdigheder spiller en vigtig rolle for oplevelsen af kompetence og dermed er centrale, som deltagerne ønsker også reflekterer.

Videre antyder fundene, at det var vigtigt for flere af deltagerne at forsøge sig med livsstilændringer og ikke bare fylde på med stadig ny medicin. Dette kan reflektere, at deltagerne allerede før vejledningen var bevidste om deres eget ansvar for egenhåndtering men at de søger ydre motivation og støtte til at få de nødvendige handlingskompetencer og motivation (Deci & Ryan, 2000).

Vejledningen havde for flere havde medført en øget *bevidsthed om vigtigheden at opstille mål* og arbejde kontinuerligt for at nå dem, som er et vigtigt element i vejledning med GEB (Zoffmann & Kirkevold, 2012). Målene omhandlede hovedsageligt vægtreduktion, regelmæssig motion, sundere kostvaner, hyppigere blodsuktermålinger, lavere HbA1c og forebyggelse af senkomplikationer og fundene viser, at for nogle af deltagerne opstod disse mål undervejs i veiledningsprocessen. Deci & Ryan (2000) hævder, at målsætning knyttet til livsstilsændring er essentiel fordi man oplever en mestringsfølelse gennem udførelse og opnåelse af sine mål. Det støttes af Bandura (1997), der påpeger vigtigheden af at se målet for sig for at få en mestringsfølelse og derigennem styrke både motivation og troen på at det kan lykkes. Videre viser fundene at, selv for de deltagere der var målrettede og aktivt i gang med ændringer, havde det været positivt med flere værktøjer.

Dette kan reflektere, at målrettet arbejde med ændringer er en pågående proces og kræver kontinuerlig opmærksomhed (Prochaska et al., 1992).

Fundene demonstrerer, at deltagerne under vejledningen var blevet mere opmærksomme på daglige *handlinger*, valg og prioriteringer. Regelmæssige blodsuktermålinger og kostråd, havde medført en øget bevidsthed om sammenhængen mellem blodsukker, kost og motion og havde fået flere til at handle derefter ved at korrigere på kost- og motionsvaner. Dette kan reflektere, at i takt med at kompetencen øges, indser man vigtigheden af en handling, hvilke muligheder det giver for egenhåndtering og motivationen øges (Deci & Ryan, 2000).

Andre fund indikerer, at de fleste – også de der var målrettede og motiverede før vejledningen, stort set kun havde målt blodsukker tidligere fordi de følte det blev forventet af dem og ikke på eget initiativ. Dette kan reflektere at incitamentet for blodsuktermåling tidligere har været ydre motiveret ud fra et complianceperspektiv og ikke indre motiveret og autonomt (Funnell et al., 1991; Deci & Ryan, 2000). Ifølge Deci & Ryan (2000) kan dette underminere egenbeslutning og indre motivation. Det at deltagerne efter vejledning var blevet mere handlingsorienterede, målte blodsukre mere regelmæssigt og kunne se formålet med det, kan indikere at egenbeslutning og autonomien er blevet styrket gennem vejledningen med GEB. Lignende fund er gjort ved GEB til T1DM (Zoffmann & Kirkevold, 2012; Zoffmann & Lauritsen, 2006)

Fundene indikerer derudover, at bevidstheden om *konsekvensen* af u hensigtsmæssig egenhåndtering i form af senkomplikationer, var noget der påvirkede deltagerne. Hos nogle af deltagerne havde det været i bevidstheden før vejledningen, mens det for andre havde været nyttigt at få at vide at senkomplikationer kan opstå med tiden men at de gennem god egenhåndtering og bevidste valg kan forebygge eventuelle komplikationer. Tidligere forskning har indikeret, at frygten for senkomplikationer kan virke som en motiverende faktor for livsstilsændring (Rise et al., 2013; Beverly, Wray, Chiu & Weinger, 2011). Dette står noget i kontrast til Deci & Ryan (2000) der anser motivation på baggrund af trusler og frygt som en ydre motivation der ikke er baseret på lyst og interesse og derfor vil have dårlig chance for at føre til ændringer. Fundene antyder dog, at bevidstheden om mulige komplikationer styrkede motivationen til egenhåndtering hos flere af deltagerne, men også at andre faktorer spillede ind på motivationen – som

eksempelvis handlingskompetancen som diskuteret ovenfor. Det var således ikke bevidstheden om senkomplikationer alene.

Videre reflekterer fundene, at vejledningen havde fungeret som en motivation og *et skub til troen på at være på rette vej* til god egenhåndtering. Dermed tyder det på, at støtten og vejledningen har fungeret som en positiv ydre motivation der kan støtte deltagerne i internaliseringsprocessen mod indre motivation for ændringer (Deci & Ryan, 2000). Flere oplevede det fortsat som udfordrende at ændre vaner og det kunne medføre dårlig samvittighed, hvilket kan indikere at de er på vej i processen men at vaner endnu ikke er fuldt integreret og lystbetonet (Deci & Ryan, 2000).

Fundene viser, at flere deltagere oplevede en bedring i blodsukkerniveau og HbA1c, hvilket er konsistent med Zoffmann & Lauritzen (2006) der fandt en forbedring af HbA1c efter 1 år blandt personer med T1DM der havde fået vejledning med GEB. Det er ikke muligt at konkludere forbedret glykæmisk kontrol ud fra mine fund, da HbA1c dels er selvrapporeret og for de fleste i kombination med ændret medicinsk behandling. Derudover havde flere deltagere netop afsluttet vejledningen, så det er ikke muligt at sige noget om vedligeholdelse over tid. Det vil kræve yderligere forskning, men det er et interessant fund der peger på at også personer med T2DM kan have potentiale til at forbedre HbA1c efter vejledning med GEB. Fundene kan dog tyde på, at både blodsukkerfald og vægttab var konkrete resultater der havde styrket flere af deltagernes tro på at være på rette vej og at kunne komme i mål med ændringer. Bandura (1997) hævder, at netop det at se positive resultater og opleve succes med ens bestræbelser, kan styrke mestringsforventningen. Det at flere oplevede forbedringer på nogle punkter, kan derved styrke troen på, at andre aspekter også kan forbedres (Siela & Wieseke, 2012). Fundene indikerer, at det blev opfattet som overraskende og motiverende for flere, at opleve de forbedringer og det bidrog til troen på at være på vej til god egenhåndtering.

Fundene reflekterer videre, at under vejledningen med GEB oplevede flere deltagere, at motivationen til ændringer steg og førte til en ny beslutsomhed. Flere kom dertil at ”nå skal jeg”, som kan indikere at den indre motivation er styrket og at de var klar til at bevæge sig fra forberedelse til handling (Prochaska et al., 1992).

Opsummeret, viser fundene i dette underkapitel, at der var forskellige forventninger til vejledningen og drejede sig hovedsageligt om håb om hjælp til motivation og redskaber

til at styrke egenhåndteringen. Videre at mestringsforventning og hvor de forskellige var var i ændringsprocessen muligvis blev afspejlet i forventningerne. En bevidstgørelse på mål, handlinger og konsekvenser havde været nyttig for deltagerne og det at se positive resultater af ændringer havde givet beslutsomhed og en tro på at være på rette vej.

5.1.2 En re-fortolkning af livet med diabetes

Fundene indikerer, at vejledningen med GEB havde sat nogle processer i gang hos flere af deltagerne, der har medført en *re-fortolkning af livet med diabetes*. Vejledningen havde fået nogle af deltagerne til *at invitere diabetes ind i livet* og gennem en refleksionsproces fået oplevelsen af, at der *er ressourcer og muligheder at finde i sygdommen*.

Fundene belyser vigtigheden af, at acceptere sygdommen og erkende at man har diabetes og derved *invitere diabetes ind i livet*. Nogle af deltagerne var bevidste om og havde accepteret diagnosen før vejledningen, mens andre havde nået til den erkendelse under processen med GEB. Set i lyset af SDT, kan manglende bevidsthed, erkendelse og accept blokere for indre motivation, da man ikke har accepteret vigtigheden af at udføre ændringer og derfor ikke føler indre motivation (Deci & Ryan, 2002). Også Zoffmann & Kirkevold (2012) fandt, at GEB til T1DM medførte en større accept af diabetes og nødvendigheden i at tage hånd om den, men ikke at vejledningen også kan medføre sygdomserkendelse, som fundene i dette studie indikerer. En af deltagerne fortalte eksempelvis, at vejledningen havde medført at han havde erkendt ”Ja, jeg har diabetes”. En mulig årsag til den manglende erkendelse af diabetes tidligere kan være, at T2DM ikke nødvendigvis er synlig i hverdagen på samme måde som T1DM. Mange med T2DM kan have haft sygdommen længe inden diagnosen, da symptomerne i starten er milde og ikke nødvendigvis påvirker personer i hverdagen. Man kan antage at dette kan svække incitamentet til ændring og egenhåndtering. Rise et al. (2013) fandt eksempelvis, at vejledning og viden ikke førte til ændringer hvis patienten opfatter T2DM som ”ikke så farlig”. Fundene er derfor interessante, da de indikerer at GEB også hos personer med T2DM kan medføre accept og i tillæg sygdomserkendelse, som er en vigtig forudsætning for motivation til ændring (Prescott & Børtveit, 2004).

Endvidere indikerer fundene, at det også havde været nyttigt for deltagerne at blive ”mødt i døren” og opdage, at de ikke havde forhold sig til sygdommen. Det havde for flere

medført et mere nært forhold til diabetes i stedet for at gemme den væk og ikke forholde sig til den i hverdagen. Det medførte at tage sygdommen mere alvorligt og var for mange en helt ny måde at forholde sig til sygdommen på, som blev opfattet som nyttigt i stedet for at have dårlig samvittighed over forkerte valg. Dette er i tråd med Deci & Ryan (2000) som understreger, at selvkløgende følelser som dårlig samvittighed er en form for ydre regulering (introjektion) der er kendetegnet ved en indre konflikt. Personen ved at han burde gøre noget med det, men mangler en indre følelse af kompetence, autonomi og tilhørighed og er dermed ikke indre motiveret og autonom. Det at flere efter vejledningen følte et mere nært forhold til diabetes og at det for nogen havde hjulpet på dårlig samvittighed, kan tolkes som at vejledningen har igangsat en internaliseringsproces hvor de forsøger at integrere den ydre påvirkning til indre motivation (Deci & Ryan, 2000).

Fundene peger også på, at vejledningen havde igangsat en refleksionsproces over hvor meget diabetes fylder i livet og hvor meget den bør fylde. Dette havde medført en øget bevidsthed og en "aha" oplevelse for flere der gjorde at de indså nødvendigheden af ændringer, for at give diabetes den plads de oplevede som nødvendig for god egenhåndtering. Dette fund er konsistent med tidligere forskning i interventioner med lignende indhold, der viser at patienter gennemgår en øjenåbningsproces der medfører øget bevidsthed på sygdommen og en ny måde at tænke på i forhold til egenhåndtering (Cooper, Booth & Gill, 2003; Brobeck et al., 2014). Anden forskning har dog vist at vejledning ikke altid medfører den indsigt (Rise et al., 2013).

Fundene indikerer videre, at mange havde oplevet det som positivt at vejledningen havde fokuseret på de mentale sider ved livet med diabetes, da det havde medført en bevidstgørelse på udfordringer og problemer. Nogle af deltagerne havde derimod ingen udfordringer i forhold til de mentale sider ved livet med diabetes og derfor blev en del af vejledningen irrelevant. Da GEB oprindeligt er udviklet til patienter med en vanskelig regulerbar T1DM, kan man antage at også patienter med en udfordrende T2DM vil have størst udbytte, da en stor del af interventionen omhandler problemløsning og udfordringer (Zoffmann & Kirkevold, 2012). Dette kan afspejles i, at enkelte af deltagerne der ikke oplevede problemer og udfordringer følte at de ikke hørte til målgruppen.

Andre vigtige fund reflekterer, at vejledningen med GEB havde medført at flere deltagere fandt *nye ressourcer og muligheder i sygdommen*. Refleksion over problemer og

udfordringer havde givet inspiration og nye tanker til hvad de selv kan gøre for at forbedre egenhåndteringen, hjulpet på skamfølelse hos nogle og havde givet oplevelsen af diabetes som en ven og ressource i stedet for en fjende. Dette er et interessant og nyt fund, der indikerer at vejledning med GEB til T2DM både kan have potentiale til at ændre patienternes negative oplevelser af sygdommen og i tillæg begynde at se sygdommen i et positivt lys. Andre af deltagerne følte det var motiverende, at fokus blev flyttet fra medicinering og senkomplikationer til ressourcer og muligheder, hvilket understreger at vejledningen har rummet vigtige aspekter af empowerment, der netop er kendetegnet ved et positivt fokus på ressourcer og ikke udelukkende efterlevelse af behandlingskrav (Anderson & Funnell, 2010). Set i lyset af selvbestemmelsesteori, kan disse fund indikere at vejledningen har hjulpet til at styrke indre motivation (Deci & Ryan, 2000), da fokus er flyttet fra ydre kontrol (compliance) til et positivt fokus på ressourcer og muligheder.

Fundene påpeger, at deltagerne i tillæg var blevet mere opmærksomme på hvilke ressourcer de kan trække på i deres sociale netværk. Ifølge Deci & Ryan (2000) er tilhørighed til andre en vigtig komponent for indre motivation. Fundene reflekterer, at vejledningen havde medført, at flere deltagere var begyndt at inddrage familiemedlemmer og kolleger i deres ændringer og havde bedt dem støtte op, eksempelvis ved at spørge ind til aktivitet. Prochaska et al. (1992) pointerer, at støtte fra eksempelvis familie og venner er central i de forskellige stadier mennesker gennemgår når de skal ændre vaner. Dette fund er i tråd med Ljung et al. (2014) der fandt, at livsstilsfokuseret gruppeundervisning medførte øgede færdigheder i at mobilisere støtte. Selvom vejledningen i dette studie er individuel og derfor ikke rummer støtteaspektet ved ligesindede, kan fundet indikere, at også individuel vejledning har potentiale til at kunne styrke deltagernes evne til at mobilisere støtte. Flere studier har indikeret vigtigheden af støtte fra det nærmeste netværk (Khan, Stephens, Franks, Rook & Salem, 2013; Minet et al., 2011), men også at det kan være udfordrende og konfliktfyldt, da støtten ikke altid bliver opfattet som nyttig og positiv (Oftedal et al., 2010a; Mayberry & Osborn, 2012). Fundene i dette studie reflekterer, at mange oplevede støtten fra deres netværk som positiv, mens enkelte ikke følte behov for at inddrage familien, men udelukkende søgte støtte hos sygeplejersken.

Videre peger fundene på, at hos flere af deltagerne var samtalerne fortsat i ”baghovedet” som en støtte i hverdagen, der var med til opretholde fokus og motivation for at tage gode valg for egenhåndtering i hverdagen. Dette kan indikere, at deltagerne fortsat bruger

samtalerne som en positiv ydre motivation og ressource, også efter vejledningen er ophørt.

Opsummeret peger fundene i dette underkapitel derved på, at vejledningen med GEB havde igangsat processer hos mange af deltagerne der medførte accept, sygdomserkendelse og et mere positivt syn på det at leve med diabetes. Herunder at der er ressourcer og muligheder at finde i sygdommen – både egne og ressourcer de kan trække på i det sociale netværk. Fundene kan tyde på, at vejledningen fik flere til at indse nødvendigheden af ændringer og at vejledningen havde igangsat en internaliseringsproces mod indre motivation som er en vigtig forudsætning for ændring, samt at vejledningen har rummet aspekter af empowerment,

5.1.3 En motiverende og ligeværdig dialog

Fundene indikerer, at alle deltagerne gav udtryk for betydningen af *en motiverende og ligeværdig dialog* med sygeplejersken. Dialogen blev oplevet som tryk, positiv og gav en følelse af *at blive set og hørt*. Det er konsistent med Zoffmann & Kirkevold (2012), der fandt at personer med T1DM oplevede en gensidig du-jeg relation under vejledning med GEB. Relationen havde medført en positiv atmosfære som de oplevede som ikke-dømmende og hvor de kunne være ærlige omkring deres udfordringer og som dermed *støttede dem i deres egen-beslutning*. Denne oplevelse stod for flere i kontrast til tidligere dårlige erfaringer fra andre steder i sundhedsvæsenet, hvor de havde oplevet upersonlige konsultationer uden dialog.

Fundene reflekterer, at deltagerne oplevede at få anerkendelse af de tanker og refleksioner de havde gjort sig under vejledningen, hvilket er et andet vigtigt fund i dette studie. Ifølge Bandura (1997) kan en mundtlig bekræftelse af at man har gjort sig gode tanker, styrke mestringsforventningen. Flere deltagerne havde oplevet det som motiverende. Det er i tråd med Deci og Ryan (2000), der påpeger at oplevelsen af kompetence kan styrkes gennem positiv feedback, hvilket kan øge den indre motivation. Det, at selv de der i forvejen var motiverede før vejledningen oplevede, at relationen med sygeplejersken øgede motivationen, mere end metoden i sig selv, understreger yderligere at vejledning gennem sygeplejersken blev opfattet som en positiv ydre motivation.

Fundene viser også, at individuelle kostråd havde været et vigtigt udbytte der havde hjulpet deltagerne til at transformere generel viden til praktisk kundskab. Det blev specielt fremhævet, at deltagerne oplevede at sygeplejerskens viden og erfaring blev sat i en individuel kontekst, så de oplevede at det passede på dem og deres erfaringer og at samtalen derved bar præg af dialog der gav en læreeffekt. Ifølge Anderson & Funnell (2010) er dette et grundlæggende træk ved en patientcentreret tilgang med basis i empowerment, hvor sygeplejerskens ekspertviden på diabetes og patientens ekspertviden på eget liv, skal hjælpe patienten til individuelle beslutninger for egenhåndtering. I fundene er dette bl.a. afspejlet ved oplevelsen af, at både sygeplejersken og deltageren var kommet til et sted hvor de begge følte de havde gjort et godt arbejde. Fundene viser også, at grundlæggende viden om diabetes formentlig er en vigtig forudsætning for at få et stort udbytte af vejledningen med GEB. En af deltagerne havde ikke fået undervisning i forbindelse med diagnosen og følte derfor han manglede grundlæggende viden om diabetes der kunne knyttes til personlige handlinger.

Fundene reflekterer videre, at deltagerne oplevede at blive involveret i beslutninger om behandling og egenhåndtering, hvilket yderligere kan tyde på at vejledningen har rummet vigtige aspekter af empowerment, der netop betoner vigtigheden af involvering og delt beslutningstagen (Funnell et al., 1991). Dette er konsistent med Zoffmann & Kirkevold (2012) der fandt at GEB til T1DM stimulerer til delt beslutningstagen mellem patient og sygeplejerske. Moser et al. (2006) har tidligere fundet at delt beslutningstagen er en vigtig komponent for understøttelse af patienternes autonomi, men som Oftedal et al. (2010a) påpeger i et andet studie, oplever mange med T2DM reelt ikke at blive involveret i beslutninger i vejledningssituationer. Dermed er dette et vigtigt fund, der indikerer at GEB har potentiale til at overkomme barrierer for delt beslutningstagen i relationen med sygeplejersken, også hos personer med T2DM.

Fundene om delt beslutningstagen reflekterer også, at autonomi ikke sidestilles med uafhængighed hos deltagerne, da deltagerne mente at beslutninger skal tages i samarbejde med sygeplejersken der kan vejlede, støtte og korrigere. Dette støttes af teorien, der understreger at delt beslutningstagen sagtens kan være fuldt autonom, hvis bare det er accepteret af personen (Deci & Ryan, 2000; Williams, 2002). Fundene indikerer at delt beslutningstagen blev både accepteret og vurderet som vigtig af deltagerne, da flere fremhævede det som positivt ikke at sidde alene med ansvaret for egen sygdom.

Videre viser fundene, at selvom flere deltagere var tydelige på deres eget ansvar for egenhåndtering før GEB, var egenbeslutning og bevidstheden om eget ansvar steget hos flere af deltagerne gennem vejledningen. Netop det at se vigtigheden og at tage ansvar er centralt i både selvbestemmelsesteori og empowermenttænkningen (Deci & Ryan, 2002; Anderson & Funnell, 2010). En af deltagerne beskrev vejledningen som en ”katalysator for selvhjælp”, hvilket understreger at GEB havde ført til en oplevelse og erkendelse af eget ansvar og kan dermed tolkes som et vigtigt skridt mod autonomi og dermed indre motivation (Deci & Ryan, 2000).

Fundene viser, at muligheden for kontinuerlig støtte og opfølgning fra sygeplejersken var noget der blev betonet som vigtigt blandt deltagerne. Det blev pointeret som vigtigt for fortsat at kunne arbejde målrettet med ændringer og opleve støtte, specielt i perioder præget af vanskeligheder som er en naturlig del af en ændringsproces (Prochaska et al., 1991). Dette understreger sygeplejerskens vigtige rolle i diabetesbehandlingen i almen praksis og vigtigheden af opfølgning over tid, som også er belyst i tidligere forskning (Kirk et al., 2012; Clark, 2008).

Fundene i dette underkapitel, peger dermed på at relationen med sygeplejersken har rummet vigtige elementer af empowerment, som er konsistent med tidligere fund hos GEB til T1DM (Zoffmann & Kirkevold, 2012). Det har mange ligheder med det Deci et al. (1994) betragter som autonomistøttende omgivelser. Herunder at vejledning havde et individuelt udgangspunkt, oplevelsen af støtte fra sygeplejersken, anerkendelse, valgfrihed, selvbestemmelse og bevidsthed om eget ansvar for god egenhåndtering. Dette er konsistent med Zoffmann & Lauritzen (2006) der fandt øget oplevelse af autonomistøtte efter vejledning med GEB. Autonomistøtte er i tidligere forskning knyttet til øgning af egenhånderingsfærdigheder og mestringsforventning (Raijmakers et al., 2014).

6 Opsummering og implikationer for praksis og videre forskning

Formålet med dette studie var, at undersøge hvilke erfaringer personer med type 2 diabetes har med at få vejledning med interventionen ”Guided Egen-Beslutning” i almen praksis. Endvidere var håbet, at fundene i dette studie kan bidrage med kundskab til

udvikling af en web-baseret GEB-vejledningen til implementering i almen praksis. I dette kapitel vil jeg opsummere de vigtigste fund ud fra mine forskningsspørgsmål samt komme med forslag til implikationer for praksis og videre forskning.

6.1 Hvad forventede deltagerne at vejledningen kunne bidrage med i relation til egenhåndtering og blev disse forventninger mødt?

Fundene i *en øget handlingskompetence* reflekterer, at deltagerne generelt havde få forventninger til vejledningen, men håb om hjælp til motivation, fokus, information og redskaber til at kunne håndtere diabetes i hverdagen. De enkelte deltagers forventninger, kan muligvis afspejle hvor de var i ændringsprocessen og muligvis også mestringsforventningen. De deltagere der før vejledningen var aktivt i gang med ændringer, havde hovedsageligt ønske om konkrete værktøjer i relation til daglig håndtering, som kan tolkes som et ønske om styrkelse af kompetence gennem ydre støtte. Andre havde mislykkede forsøg på ændringer bag sig, og ønskede i tillæg til øget praktisk kompetence også hjælp til at finde motivation og fokus, som kan indikere et behov for styrkelse af indre motivation gennem støtte af kompetence, autonomi og tilhørighed.

Studiet tyder på, at mange af deltagere oplevede at deres forventninger blev mødt. Vejledningen havde medført en øget bevidsthed om målsætning, handlinger og konsekvenser af dårlig egenhåndtering og havde givet en øget handlingskompetence og nyttige værktøjer til egenhåndtering af diabetes. Specielt relateret til blodsuktermålinger, kost og motion. Videre indikerer studiet, at succesoplevelser som vægttab og fald i blodsukker var med til at styrke både motivationen og egenbeslutning og give et skub til troen på at være på rette vej mod god egenhåndtering. Dermed kan fundene i studiet afspejle, at vejledningen har igangsat en internaliseringsproces mod indre motivation som kan hjælpe dem videre i ændringsprocessen mod god egenhåndtering.

6.2 Hvilken indflydelse har vejledningen haft på måden deltagerne forholder sig til det at leve med diabetes?

Fundene i *en re-fortolkning af livet med diabetes* indikerer, at vejledningen med GEB har haft indflydelse på flere af deltagernes måde at forholde sig til det at leve med diabetes. Dels havde vejledningen for flere medført en større accept af sygdommen og for andre havde det i tillæg medført sygdomserkendelse. Flere oplevede at have fået et mere nært forhold til diabetes og vejledningen synes at have igangsat refleksioner omkring hvilken plads diabetes har og bør have i den enkeltes liv. Dette havde ført til ”aha”-oplevelser og fået flere til at indse nødvendigheden af ændringer, hvilket er en indikation på, at vejledningen har styrket motivationen.

Videre tyder studiet på at vejledningen for flere, havde medført at forholde sig mere positivt til sygdommen og at betragte diabetes som en ven og ressource der giver nye muligheder i livet med diabetes. Vejledningen havde startet tanker om hvad man selv kan gøre for at forbedre egenhåndteringen og som en del af de nye ressourcer, havde flere deltagere valgt at søge støtte og opbakning blandt familie og netværk. Flere deltagere oplevede det som motiverende at fokus dermed blev flyttet fra compliance til ressourcer og muligheder, hvilket peger på at vejledningen har rummet vigtige aspekter af empowerment.

Studiet peger også på, at for de deltagere der ikke oplevede udfordringer eller problemer havde fokus på mentale udfordringer ikke været nyttigt.

6.3 Hvordan erfarer deltagerne relationen til sygeplejersken når GEB blev anvendt?

Fundene i temaet *en motiverende og ligeværdig dialog* indikerer, at relationen til sygeplejersken blev oplevet som motiverende og anerkendende, hvilket bidrog til en styrket mestringstro og motivation hos flere af deltagerne. Deltagerne følte sig set og hørt og vejledningen blev opfattet som dyb med udgangspunkt i individuelle behov, hvilket indikerer at vejledningen har rummet vigtige aspekter af empowerment. Deltagerne beskrev relationen med sygeplejersken som positiv, tryk, ligeværdig og ikke-dømmende. Deltagerne oplevede at blive involveret i beslutninger i et samarbejde med sygeplejersken og oplevede at blive styrket i egenbeslutning. Selvom flere deltagere var tydelig på deres

eget ansvar for god egenhåndtering før vejledningen, var denne ansvarsfølelse blevet styrket og alle deltagere betragtede sygeplejerskens kontinuerlige støtte som en vigtig forudsætning for fortsat at holde fokus på god egenhåndtering. Dette indikerer et deltagerne har oplevet relationen som en positiv ydre motivation og understreger vigtigheden af sygeplejerskens rolle i diabetesbehandlingen i almen praksis. Enkelte mente i tillæg, at udbyttet havde været højere i kraft af sygeplejersken end af selve interventionen med GEB.

Opsummeret kan dette studie indikere, at det havde været positivt og motiverende for de fleste deltagere at få vejledning med GEB og medførte *nye muligheder i livet med type 2 diabetes*. Studiet belyser, at vejledningen kan medføre en af øget handlingskompetence, en øget bevidsthed omkring det at have og leve med T2DM og understreger vigtigheden af støtte fra sygeplejersken i almen praksis. Mange af fundene i dette studie er konsistente med tidligere forskning på GEB til T1DM (Zoffmann & Lauritzen, 2006; Zoffmann & Kirkevold, 2012), men da dette er det første kvalitative studie på GEB til T2DM, giver det ny kundskab om erfaringer med intervention til denne patientgruppe. I tillæg belyser dette studie, at GEB vejledning synes at kunne igangsætte en proces der kan medføre sygdomserkendelse og et positivt syn på diabetes hos nogle personer med T2DM, hvilket ikke er belyst i tidligere forskning på GEB til T1DM.

6.4 Implikationer for praksis og videre forskning

Dette studie indikerer, at GEB også har potentiale til at hjælpe personer med T2DM til en bedre egenhåndtering af diabetes. Det vil derfor være interessant at undersøge hvordan man kan implementere interventionen i praksis, både som individuel vejledning, i grupper og som web-baseret intervention. Erfaringen fra gruppeinterventioner er, at gruppedynamikken og støtten fra ligesindede har en positiv virkning på patienters egenhåndtering (Rise et al., 2013; Isakson et al., 2014). Kvalitative studier på erfaringer blandt patienter med T2DM efter gruppevejledning med GEB, kunne derfor være interessant. Også ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, da gruppevejledninger ikke er så tids- og økonomikrævende som individuel vejledning. En aktuelt forskningsarena kunne være ”frisklivssentralene”, der har personer med T2DM som en af målgrupperne.

Studiet indikerer også, at relationen med sygeplejersken spiller en afgørende rolle for deltagernes oplevelse af motivation og støtte og synliggør vigtigheden af sygeplejerskens vejledning i almen praksis. Da der arbejdes for udvikling af en internetbaseret vejledning vil det derfor være interessant at forske i hvordan patienterne oplever at få vejledning uden direkte ansigt til ansigt kontakt for at se hvordan det har indflydelse på deres motivation til egenhåndtering. Forskning viser at internetbaseret har potentiale til at forbedre egen-håndtering, men også at der er brug for yderligere forskning (Pal et al., 2014; Ramadas, Quek, Chan & Oldenburg, 2011).

En udfordring ved mange interventioner, er de blandende resultater i forhold til at opretholde motivation og god egenhåndtering over tid samt effekten på kliniske parametre. Dette studie indikerer, at vejledningen har potentiale til at virke over tid og at GEB muligvis kan føre til bedre diabetesregulering. Dette kunne være et interessant fokus for videre forskning, eksempelvis gennem RCT- studier eller longitudinelle studier.

Studiet peger videre på, at nogle patienter ikke følte sig som målgruppen for interventionen. Det kunne derfor være interessant, eksempelvis gennem kortlægningsstudier, at undersøge individuelle behov for vejledning, for at få en indikation på hvordan man kan imødekomme patienters individuelle behov i almen praksis.

Vejledning med GEB forudsætter at patienterne kan læse og forstå norsk og indgå i en relation og et samarbejde med sygeplejersken. Dette betyder, at eksempelvis patienter med en anden kultur og sprog, formentlig vil have vanskeligt ved at deltage i en GEB vejledning. Norge er i dag et flerkulturelt samfund med en stor gruppe mennesker fra arabiske og asiatiske lande, som har en høj forekomst af type 2 diabetes (Jenum, Holme, Graff-Iversen & Birkeland, 2005). Det kunne derfor være interessant at oversætte GEB til eksempelvis urdu og udprøve den på patienter med pakistansk baggrund, der er en af de største indvandrergupper i Norge.

7 Referencer

- Ahola, A. J., Groop, P. H. (2013). Barriers to self-management of diabetes. *Diabetic Medicine: a journal of the British Diabetic Association*, Vol. 30 (4), s. 413-420
Doi: 10.1111/dml.12105
- Anderson, R. M., Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counselling*, 57 (2), s. 153-157
- Anderson, R. M., Funell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79 (3), s. 277-282
Doi: 10.1006/j.pec.2009.07.025
- Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 6 (1), s. 30 – 42.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment – ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Barbour, R. S., Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage.
- Beverly, E. A., Wray, L. A., Chiu, C.J, Weinger, K. (2011). Percieved challenges and priorities in co-morbidity management of older patients with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 28 (7), s. 781-784. Doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03282.x
- Brobeck, E., Odenkrants, S., Bergh, H., Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13 (1), s. 1-4. Doi: 10.1186/1472-6955-13-13

- Clark, M. (2008). Diabetes self-management education: A review of published studies. *Primary Diabetes Care*, 2 (3): s. 113-120. Doi: 10.1016/j.pcd.2008.04.004
- Cooper, H. C., Booth, K.; Gill, G. (2003). Patient´s perspective on diabetes health care education. *Health Education Research*, 18 (2), s. 191 – 206.
Doi:10.1093/her/18.2.191
- Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., Perea, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *The Cochrane Library*, 3, s. 1-129. Doi: 10.1002/14651858.CDO10523.pub2.
- Dahlberg, K., Drew, N., Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2. udg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teknologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi-2006.pdf>. d. 24. 04. 15
- Deci, E. L., Eghari, H., Patrick, B. C., Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The Self-Determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62 (1), s. 119-142.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. Nebraska Symposium on motivation: I R. Dienstbier (Red.): Perspectives on motivation. Vol. 38, University of Nebraska Press: Lincoln, s. 237-288

- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. I M. Kernis (Red.), *Efficacy, agency and self-esteem* (s. 31-49). New York: Plenum
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000) The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behaviour. *Psychological Inquiry*, vol. 11(4), s. 227-268. Doi : 10.1207/515327965PLI1104-01
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.). *The SAGE handbook of qualitative research* (3. udg., s. 1 – 32). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Diabetesforbundet (2015). HbA1c. Hentet fra <http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=1045> d. 20/5-15.
- Diahealth (u.å.). Hentet fra <http://prosjekt.hib.no/diahealth/> d. 01.06.2015.
- Egede, L. E., Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: Global perspectives. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87 (3), s. 302-312.
Doi: 10.1016/j.diabres.2010.01.024
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), s. 107-115.
Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview* (2.udg.). København: Akademisk Forlag
- Folkehelseinstituttet (2014). Folkehelse rapporten 2014. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110410> d. 23/9-14

- Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., Taylor-Moon, D., White, N. H. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Education*, 17(1): s. 37-41
- Funnell, M. M., Anderson, R. M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22 (3), s. 123 – 127. Doi: 10.2337/diaclin.22.3.123
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B., Maryniuk, M., Peyrot, M., Piette, J. D., Reader, D., Siminerio, L. M., Weinger, K., Weiss, M. A. (2012). National Standards for Diabetes Self-management Education. *Diabetes Care*, 35 (1), s. 101-108. Doi: 10.2337/dc12-s101
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2): s. 105-112
- Heinrich, E., Schaper, N. C., de Vries, N. K. (2010). Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. *European Diabetes Nursing*, 7, s. 71-76. Doi: 10.1002/edn.160
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling. *Helsedirektoratet*, Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes-nasjonal-faglig-retningslinje>-d. 03.10.2014
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). NCD-strategi 2013-2017. For forebygging, diagnosticering, behandling og rehabilitering av fire ikke smit-somme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. *Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ncd-strategi/id735195/> d. 15.05.2015
- Helseforskningsloven (2008). *Lov af 20. Juli 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> ?q=helseforskningsloven d. 24.04.15.

- Holmström, I., Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counselling*, 79, s. 167 – 172. Doi: 10.1016/j.pec.2009.08.008
- Huisman, S., Maes, S., De Gucht, V. J., Haak, H. R. (2010). Low goal ownership predicts drop-out from a weight intervention study in overweight patients with type 2 diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (3), s. 176-181
Doi: 10.1007/s12529-009-9071-3
- International Diabetes Federation (2012). *Global Guideline for Type 2 Diabetes*. Hentet fra <https://www.idf.org/sites/default/files/IDF%20T2DM%20Guideline.pdf> d. 01.06.15
- International Diabetes Federation (2013). *Diabetes Atlas*. Hentet fra http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf. d. 25.01.15.
- Isakson, U., Haidarevic, S., Abrahamson, M., Stenvall, J., Hörnsten, Å. (2014). Diabetes Empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, s. 1-7. Doi:10.1111/scs.12185.
- Jenssen, T. G., Tonstad, S., Claudi, T., Midthjell, K., Cooper, J. (2008). The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes: A nationwide survey in Norway. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 80(2): s. 314-320. Doi: 10.1016/j.diabres.2007.12.025
- Jenum, A. K., Claudi, T., Cooper, J. G. (2008). Primary care diabetes in Norway. *Primary Care Diabetes* 2 (4), s. 203-205.
Doi: 10.1016/j.pcd.2008.06.003
- Jenum, A. K., Holme, I., Graff-Iversen, S., Birkeland, K. (2005). Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabeteologia*, 48, s. 435 - 439

- Johannesen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. udg.). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Julien, E., Senecál, C., Guay, F. (2009). Longitudinal Relations among Perceived Autonomy Support from Health Care Practitioners, Motivation, Coping Strategies and Dietary Compliance in a sample of Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14 (3), s. 457 – 470. Doi: 10.1177/1359105309102202
- Khan, C.M., Stephens, A.M.P., Franks, M.M., Rook, K.S., Salem, J.K. (2013). Influences of Spousal Support and Control on Diabetes Management Through Physical Activity. *Health Psychology*, vol. 32(7), s. 739-47
Doi: 10.1037/a0028609
- King, D. K., Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Strycker, M. A., Estabrooks, P. A., Faber, A. J. (2010). Self-Efficacy, Problem Solving, and Social-Environmental Support Are Associated With Diabetes Self-Management Behaviours. *Diabetes Care*, 33 (4), s. 51-753. Doi: 10.2337/dc09-1746
- Kirk, S. F. L., Penney, T. L., McHugh, T. L. F., Sharma, A. M. (2012). Effective weight management practice: a review of the lifestyle intervention evidence. *International Journal of Obesity*, 36 (2), s. 178-185. Doi: 10.1038/ijo.2011.80
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. udg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ljung, S., Olsson, C., Rask, M., Lindahl, B. (2013). Patient Experiences of a Theory-Based Life-Style Focused Group Treatment in the Prevention of Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioural Medicine* 20 (3), s. 378 – 384. Doi: 10.1007/s12529-012-9252-3.

- Lorig, K. R., Holman, H. R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), s. 1-7
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guideline. *The Lancet*, 11, s. 483-488.
- Mayberry, L. S., Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 35 (6), s. 1239 – 1245. Doi: 10.2337/dcl1-2103
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-2014-2015/id2401865/> d. 27.01.2015
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/> d. 27.01.15
- Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/> d. 10.05.2015
- Minet, L. K. R., Lønvg, E-M., Henriksen, J. E., Wagner, L. (2011). The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing. *Qualitative Health Research*, 21 (8), s. 1115 – 1126. Doi: 10.1177/1049732311405066
- Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G. (2006). Competency in shaping one's life: Autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (4), s. 417–427

- Munhall, P. L. (2012). *Nursing Research. A Qualitative Perspective* (5. udg). Sudbury, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., Engelau, M. M. (2002). Self-management education for Adults With Type 2 Diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25 (7): s. 1159 – 1171. Doi: 2337/diacare.25.7.1159
- Nouwen, A., Ford, T., Balan, A. T., Twisk, J., Ruggiero, L., White, D. (2011). Longitudinal Motivational Predictors of Dietary Self-Care and Diabetes Control in Adults With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus. *Health Psychology*, 30 (6), s. 771-779. Doi: 10.1037/a0024500
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, vol.13 (4), s. 349–364. Doi: 10.1093/heapro/13.4.349
- Oftedal, B. F. (2011). Motivation for self-management Among Adults With Type 2 Diabetes. Faculty of Social Science. University of Stavanger: Stavanger
- Oftedal, B., Bru, E., Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25 (4), s. 735-744. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.0084.x.
- Oftedal, B., Karlsen, B., Bru, E. (2010a). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), s. 1500-1509. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x.
- Oftedal, B., Karlsen, B., Bru, E. (2010b). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 19 (17-18): s. 2548-2556. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x.
- Olsen, H. (2003). Veje til kvalitativ kvalitet? Om kvalitetssikring af kvalitativ interviewforskning. *Nordic Studies in Education*, Vol. 23 (01), s. 1-20

- Pal, K., Eastwood, S. V., Michie, S., Farmer, A., Barnard, M. L., Peacock, R.,... Murray, E. (2014). Computer-based interventions to improve self-management in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 37 (6), s. 1759 – 1766. Doi: 10.2337/dc13-1386
- Peyrot, M., Rubin, R.R., Lautitzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D.R., Skovlund, S.E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Medicine*, 22 (10), s. 1379-1385. Doi: 1111/j.1464-5491.2005.01644.x.
- Polit, D. F., Beck, C. T (2012). *Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. udg.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prescott, P., Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J C. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), s. 1102 - 1114
- Raaikmakers, L. G. M., Martens, M. K., Hesselink, A. E., de Weerd, I., de Vries, N. K., Kremers, S. P. J. (2014). Mastery and perceived autonomy support are correlates of Dutch diabetes patients' self-management and quality of life. *Patient Education and Counselling*, 97 (1), s. 74 – 81. Doi: 10.1016/j.pec.2014.06.016
- Radhakrishnan, K. (2012). The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (3), s. 496-405. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x.
- Ramadas, A., Quek, K. F., Chan, C. K. Y., Oldenburg, B. (2011). Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: A systematic review of recent evidence. *International Journal of Medical Informatics*, 80 (6), s. 389 – 405. Doi: 10.1016/j.ijmedinf.2011.02.002

- Rise, M. B., Pellerud, A., Rygg, L. Ø., Steinsbekk, A. (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *PLOS One*, 8 (5): s. 1-8. Doi. 10.1371/journal.pone.0064009
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2002). An overview of Self-Determination Theory: An Organismic-Dialectical Perspective. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.), *Handbook of Self-Determination Research* (s. 3 – 33). Rochester: The University of Rochester Press.
- Rønning, R. (2007). Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker? I O. P. Askheim & B.Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 34 - 46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Serrano-Gil, M. & Jacob, S. (2010). Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes, Part I: a knowledge, attitude and practice gap? *Advances in Therapy*, Vol. 27 (6): s. 321-333. Doi: 10.1007/s12325-010-0034-5.
- Schreier, M. (2012) *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: SAGE Publications Ltd
- Shikagi, C., Kruse, R. L., Mehr, D., Sheldon, K. M., Bin Ge, More, C., Lemaster, J. (2010). Motivation and diabetes self-management. *Chronic Illness*, 6 (3), s. 202 – 214. Doi: 10.1177/1742395310375630
- Siela, D., Wieseke, A. W. (2012). Stress, Self-Efficacy and Health. I V. H. Rice (Red.), *Handbook of Stress, Coping and Health* (2.udg) (s. 484-509). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. udg.) (s. 209 – 223). Oslo. Gyldendal Akademisk.

- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstedt, K.T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., Nybø, A. (2002). «Empowerment i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122, s. 2379 – 2383.
- Taylor, S. (2012). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Williams, G. C. (2002). Improving Patients' Health through Supporting the Autonomy of Patients and Providers. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.), *Handbook of Self-Determination Research* (s. 233-254). Rochester: The University of Rochester Press.
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014*. Hentet fra <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> d. 27.01.15
- Zoffmann, V., Kirkevold, M. (2012). Realizing empowerment in difficult diabetes care: a guided self-determination intervention. *Qualitative Health Research*, Vol. 22 (1), s.103 – 118. Doi: 10.1177/1049732311420735
- Zoffmann, V., Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with Type 1 diabetes and A1c in randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, vol. 64 (1-3): s. 78-86.
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.11017>

Bilag 1 : GEB til type 1 diabetes

Vigtige aspekter ved Guided Egen-Beslutning, udviklet til personer med en vanskelig regularbar Type 1 diabetes. Egen oversættelse fra Zoffmann & Lauritzen (2006, s.79).

Fem trins proces:

Etablering af en jeg-du relation

Selv-udforskning

Selvforståelse

Handling

Feedback på handling

Avancerede professionelle kommunikationsfærdigheder:

Spejling

Aktiv lytning

Værdiafklaring

Jeg-du kommunikation

Refleksions ark (RA)

Relation

RS 1a. Invitation til samarbejde

RA 1b. Fremdriftsplan

Dit liv med diabetes

RA 2a. Vigtige begivenheder og perioder i dit liv

RA2b. Hvad er for tiden udfordrende eller vanskeligt ved at skulle leve med diabetes?

RA 2c. Ufuldstændige sætninger – dine behov, værdier, vaner og muligheder

RA 2d. Et billede, metafor eller måde at udtrykke det forhold at du skal leve med diabetes

RA 2e. Pladsen diabetes har i dit liv

Mellem realitet og ideal

RA 3a. Dine erfaringer med anbefalede levevaner

RA 3b. Dine planer for ændring af levevaner

RA 3c. Dine erfaringer med forskellige behandlingstyper

RA 3d. Dit idealmål for blodsukker

RA 3e. Blodsukre, som du kender dem af egen erfaring

RA 3f. Fordele og ulemper ved højt og lavt blodsukker

RA 3g. Blodsukker målinger og dine grunde for at måle

Ændringsarbejde

RA 4a. Nuværende problemløsning

RA 4b. Dynamisk vurdering af nuværende og fremtidig problemløsning

RA 4c. 'For og imod'

RA 4d. 'Mere af'

RA 4e. 'Mindre af'

RA 4f. Kortlægning af adfærd

Bilag 2: Forespørgsels brev + samtykkeerklæring



HØGSKOLEN
I BERGEN



Universitetet
i Stavanger

Forespørsel om deltakelse i et intervju om dine erfaringer med veiledning av sykepleier hos fastlegen

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en intervjuundersøkelse for å få innsikt i dine erfaringer med veiledning av sykepleier hos din fastlege. Sykepleieren ved ditt fastlegekontor har fått opplæring i en veiledningsmetode. Denne metoden har tidligere kun vært anvendt for personer med type 1 diabetes, og du har i løpet av det siste året deltatt i utprøving av denne veiledningsmetoden. Dine erfaringer vil derfor være et viktig bidrag for å øke kunnskapen om anvendelse og tilpasning av metoden til personer med type 2 diabetes. Dette er en delstudie i et større forskningsprosjekt som drives i samarbeid mellom Universitetet i Stavanger og Høgskolen i Bergen.

Mitt navn er Bettina Rasmussen Bruun, og jeg er for tiden masterstudent ved Institutt for helsefag på Universitetet i Stavanger. I forbindelse med masterstudiet arbeider jeg med en undersøkelse om pasienterfaringer etter å ha deltatt i sykepleierens veiledning hos fastlegen. Min veileder er professor Bjørg Karlsen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer å delta i et intervju. Intervjuet vil ha form av en samtale og vil dreie seg om ulike tema knyttet til dine erfaringer med veiledningen. Samtalen vil bli tatt opp på lydband og vil vare mellom 30 – 60 min. Du velger selv hvor og når intervjuene skal finne sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon om deg vil bli behandlet konfidensielt. For å sikre konfidensialitet vil data lagres på forskningsserveren til Universitetet i Stavanger. Alle innsamlete opplysninger anonymiseres, slik at det ikke er mulig å spore tilbake til deg i resultatene av undersøkelsen når disse publiseres. Lydbåndopptakene vil slettes når prosjektet er avsluttet, senest høsten 2017.

Frivilligdeltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, vil vi be deg undertegne samtykkeerklæringen på neste side og returnere denne i den vedlagte frankerte konvolutten. Du vil deretter bli kontaktet av masterstudent Bettina Rasmussen Bruun for å avtale nærmere tidspunkt og sted for intervjuet. Har du spørsmål til studien, kan du kontakte masterstudent Bettina Rasmussen Bruun på telefon 401 60 427 /epost br.bruun@uis.no eller Bjørg Karlsen på tlf. 478 41 236 /epost bjorg.karlsen@uis.no.

Vennlig hilsen

Bettina Rasmussen Bruun

Bjørg Karlsen

Masterstudent

Allmennlege

Veileder

Samtykke til deltakelse i intervjuundersøkelsen om erfaringer med veiledning av sykepleier hos fastlegen

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vennligst oppgi ditt telefonnummer slik at vi kan avtale tid for intervju.

Telefonnummer

Bilag 3: Oplysninger om deltagere i studiet

	Intervention	Køn	Alder	Diabetes- varighed	Erhvervs- aktiv
Deltager A	1	Kvinde	41	15 år	Ja
Deltager B	1	Mand	54	11 år	Ja
Deltager C	1	Mand	67	15 år	Ja
Deltager D	1	Kvinde	36	7 år	Ja
Deltager E	2	Mand	48	6 år	Ja
Deltager F	2	Kvinde	67	2 år	Nej
Deltager G	2	Kvinde	39	10 år	Ja
Deltager H	2	Mand	41	3 år	Ja
Deltager I	2	Mand	48	10 år	Ja

Bilag 4: Interviewguide

Intervjuguide

Prosjekttittel:

Erfaringer med veiledning basert på Guidet Egen Beslutning (GEB) blant pasienter

med type 2 diabetes i allmenn praksis

Kort introduksjon hvor jeg innledningsvis forteller om hensikten med dette studiet. At jeg ønsker å få innsikt i hvordan det oppleves å delta i GEB veiledning og at dette er viktig kunnskap for å tilpasse metoden til type 2 diabetes

Innledende spørsmål

- Deltaker presenterer seg med navn og hvor lenge de har hatt Type 2 diabetes
- Lydopptaker settes på
- Hvordan opplever du å leve med diabetes i hverdagen?
- Fortell om hvordan oppfølgingen på fastlegekontoret har foregått før du ble introdusert for denne metoden?

Spørsmål knyttet til GEB og arkenes relevans

- Hva var årsaken til at du ble med i prosjektet?
- Hva hadde du forventninger om før du kom til den første samtalen?
 - Kan du beskrive disse?
 - Hvordan ble disse møtt?
 - Har disse forventningene endret seg?

- Hvordan opplevde du å bruke refleksjonsarkene som grunnlag for samtalen med sykepleieren?
 - Hvilke refleksjonsark/samtaler som du opplevde spesielt nyttige/motiverende?
 - Hvilke refleksjonsark opplevde du spesielt utfordrende eller unyttige/uforståelige?
 - Var det for mange eller for få samtaler?

- Er der noe ved denne metoden der har overrasket deg?
 - Kan du beskrive dette?

Spørsmål knyttet til egenhåndtering

- Hva mener du denne metoden har betydd for deg?
 - Har du eksempler?
- Har dette tiltaket endret hvordan du forholder deg til livet med diabetes?
 - På hvilken måte?
- Hvordan erfarer du å mestre diabetes i hverdagen etter at du har fått veiledning via GEB?
 - Er der situasjoner du mestrer bedre/dårligere?
- Har du endret noen vaner?
 - Kan du komme med eksempler?
- Synes du veiledningen har hjulpet til å planlegge dagliglivet med diabetes på en bedre måte?
- Hva har denne metoden gitt deg av ny kunnskap?
 - Har du eksempler?
 - Er der noe du har savnet?

Spørsmål knyttet til selvbestemmelse

- Har denne metoden ført til at det er vanskeligere eller lettere å bestemme seg for hvordan du skal regulere din diabetes?
 - Har du eksempler?

- Hvilke tanker har du videre for egenhåndtering av din diabetes?
- Hvordan tenker du at denne metoden kan ha betydning for hvordan du håndterer din diabetes videre?
- Har den ført til at du har bedre kontroll på regulering av diabetes?
- Føler du deg sikrere på hvordan du skal regulere din diabetes?
- I hvilken grad har den gitt deg større tro på at du klarer å regulere din diabetes?
- Har metoden betydning at du i større grad selv er med til at beslutte behandlingen?
 - Har du eksempler?

Spørsmål knyttet til relasjonen til helsepersonell, familie og venner

- Kan du beskrive din erfaring med å få veiledning av helsepersonell på denne måten?
- Har denne metoden endret dit syn på møtet med helsevesenet?
- Var denne metoden en meningsfull form for oppfølging?
- Har denne metoden endret noe i forhold til hvordan du forholder deg til ditt nettverk (familie, venner, m.fl.)?

Spørsmål knyttet til oppsummering

- Er der noe ved metoden du synes bør endres?
- Hva erfarer du har vært det mest utfordrende med denne metoden?
- Hva har vært det mest betydningsfulle med denne metoden?
- Hvem mener du denne metoden er relevant for?
- Ville du anbefalt andre med type 2 diabetes å få en slik oppfølging?
- Til slutt: er det noe spesielt du har lyst å si knyttet til det vi nå har snakket om?

Bilag 5: Svar på forespørgsel til REK

Vår ref. nr.: 2014/24

Prosjekttittel: "Utvikling av Internettbasert veiledning av voksne med diabetes type 2"

Prosjektleder: Bjørg Karlsen

Bjørg Karlsen.

Vi viser til framleggingsvurdering innsendt 10.01.2014.

Hensikten med prosjektet er å få innblikk i pasienters erfaringer med veiledningsmetoden "Guided self-determination" for pasienter med type 2-diabetes og nettsiden for å kunne modifisere og forbedre disse.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom", jf. helseforskningsloven § 4 bokstav a. Slike prosjekter må søke REK.

Veiledningsmetoden og nettsiden skal modifiseres og forbedres gjennom deltakernes erfaringer. Forarbeidene til helseforskningsloven legger til grunn at utviklingsarbeid ligger i grenseland, men utgangspunktet er at dette kun vil omfattes av helseforskningsloven dersom målet er å frembringe kunnskap, og ikke dersom målet bare er å justere instrumenter eller liknende.

Etter vår vurdering vil ikke prosjektet anses som fremleggingspliktig etter helseforskningsloven, og du trenger derfor ikke søke REK.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK, vil søknaden bli behandlet i komitémøte og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Trine Anikken Larsen

førstekonsulent

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978497

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**

<http://helseforskning.etikkom.no>



Bilag 6: Godkendelse fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Fjellfjores gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 06 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org. nr. 985 321 884

Björg Karlsen
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 04.11.2014 Vår ref: 40242 / 3 / LMR Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40242	<i>Erfaringer med veiledning basert på Guidet Egen Beslutning (GEB) blant pasienter med type 2 diabetes i allmenn praksis</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Björg Karlsen
Student	Bettina Rasmussen Bruun

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Bettina Rasmussen Bruun br.bruun@stud.uib.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorene / District Offices:

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 31. nsd@uis.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Trondheim. Tel: +47 73 58 19 01. kjone.svanad@vet.ntnu.no
TRONDHEIM NSD, Sjøf, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tel: +47 77 64 63 36. nsd@uhv.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40242

Formålet er å få kunnskap om hvordan voksne med type 2 diabetes erfarer å få veiledning basert på metoden Guidet Egen Beslutning av sykepleiere i allmennpraksis.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak