



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

Hur barn och deras föräldrar blir informerade om  
diabetes och kostens betydelse  
En intervjustudie

*Maria Forsmark och Malin Nilsson*  
*Våren 2009*

Examensarbete, C-nivå, 15 hp  
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180 Hp**  
**Examinator: Kjerstin Larsson**  
**Handledare: Birgitta Fläckman**

## **Sammanfattning**

Syftet med studien var att beskriva på vilket sätt barn med diabetes och deras föräldrar blir informerade om kostens betydelse och vilken information som ges vid sjukdomen diabetes. Studien har en deskriptiv design och bygger på fem intervjuer av sjuksköterskor som arbetar med barn med diabetes på två olika sjukhus i Mellansverige. Intervjuerna har gjorts av båda författarna tillsammans. Den analysmetod som används var kvalitativinnehållsanalys. De kategorier som framkom var: Tidig information om kostens betydelse, Informationen anpassas efter individ och familj, Informationshjälpmedel, Motiverande samtal och Samarbete mellan hem och skola. Barnen och deras föräldrar informeras av både läkare, sjuksköterska och dietist. Diabeteskosten är till största del dietistens område, men även sjuksköterskan informerar om diabeteskosten då patienterna ofta har många frågor som gäller just kosten. Sjuksköterskorna använder sig av många olika hjälpmedel när de ska undervisa patienterna då alla lär sig på olika sätt. Med hjälp av de olika hjälpmedlen kan undervisningen anpassas till barnets ålder. Patientundervisningen sker till största del på sjukhuset, men även i den skola där barnet går eftersom det är viktigt att alla personer som finns runt barnet får lära sig om diabetes och diabeteskosten.

**Nyckelord:** diabetes, barn, information, kost.

## **Abstract**

The purpose of this study was to describe in what way children with diabetes and their parents get information about the importance of the diet and what information they get about diabetes. The study has a descriptive design and is based on five interviews of nurses who work with children with diabetes in two different hospitals in middle Sweden. The interviews were made by both authors together. The analysis method that was used was qualitative content analysis. Categories that came to light were: Early information about the importance of the diet, The information is adapted to the individual and the family, Information material, Motivating interview and Cooperation between home and school. Children and their parents get information from a physician, a nurse and a dietician. The diabetes diet is mostly the dietician's task, but the nurse also informs the children about the diabetes diet because the patients often have questions about the diet. Nurses use many different materials to teach patients, because we all learn in different ways. With the material nurses could adapt the education to the child's age. Patients are mostly educated in hospitals, but also in the child's school because it is important that everyone around the child get knowledge about diabetes and the diabetes diet.

**Keywords:** diabetes, children, information, diet

<b>Innehållsförteckning</b>		<b>Sida</b>
<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>1</b>
1.1	Litteraturgenomgång	2
1.2	Problemområde	3
1.3	Syfte	3
1.4	Frågeställningar	3
<b>2</b>	<b>Metod</b>	<b>4</b>
2.1	Design	4
2.2	Urval och undersökningsgrupp	4
2.3	Datainsamlingsmetod	4
2.4	Tillvägagångssätt	4
2.5	Metod för analys	5
2.6	Forskningsetiska överväganden	6
<b>3</b>	<b>Resultat</b>	<b>7</b>
3.1	Tidig information om kostens betydelse	7
3.2	Informationen anpassas efter individ, familj och tid	9
3.3	Informationshjälpmedel	10
3.4	Samtal för att motivera	13
3.5	Samarbete mellan hem och skola	15
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>16</b>
4.1	Huvudresultat	16
4.2	Resultatdiskussion	17
4.3	Metoddiskussion	18
4.4	Allmän diskussion	18
<b>5</b>	<b>Referenser</b>	<b>20</b>
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	

# 1. Introduktion

## 1.2 Litteraturgenomgång

Diabetes innebär att insulinproduktionen i bukspottkörteln minskar eller upphör helt. Insulin behövs för att glukosen (druvsockret) som finns i blodet ska kunna komma in i cellerna och användas som näring. Vid diabetes när kroppen inte producerar insulin stannar glukosen istället kvar i blodbanan och blodsockernivån stiger, sockret utsöndras sedan via urinen.(1). Det finns två typer av diabetes; diabetes typ 1 och typ2. Typ 1 debuterar ofta i unga år och kallas därför *barndiabetes* medan typ 2 är vanligast bland äldre och kallas därför *åldersdiabetes* (2). Bukspottkörteln slutar helt att producera insulin vid diabetes typ 1 på grund av att de insulinproducerande betacellerna har blivit förstörda av kroppens eget immunsystem. Vad som orsakar diabetes typ 1 vet forskarna inte idag. Till skillnad från typ1 finns en liten del av insulinproduktionen kvar vid typ 2, oftast räcker det med tablettbehandling eller kostförändring. Typ 2 orsakas av ärftlighet, ökad ålder och övervikt (1).

I Sverige har ca 300 000 personer diabetes. Därför räknas den som en av våra stora folksjukdomar. De flesta som har diabetes är äldre människor (2). Diabetes typ 2 är starkt kopplat till genetik, kostvanor, livsstil och miljö och var förut mycket ovanlig hos barn. Forskning visar att amning verkar skydda mot övervikt hos barnet, vilket i sin tur minskar risken för diabetes typ 2 (3).

Under de senaste tjugo åren har både typ 1 och typ 2 ökat hos barn i i-länder. Typ 1 ökar med 5 % varje år hos förskolebarn och med 3 % bland barn och ungdomar och det är den nu vanligaste kroniska sjukdomen hos barn i i-länderna (4).

Diabetes har under de senare åren ökat mer hos kvinnor än hos män. Att diabetes har ökat i Sverige kan bero på att nyinsjuknandet av diabetes har ökat eller att åldern för insjuknandet har sjunkit. Det kan även bero på att diabetiker lever längre idag än tidigare. En annan orsak tros vara tidigare fastställande av diagnosen. Insjuknandet i diabetes typ 1 har ökat de senaste åren, medans insjuknandet i diabetes typ 2 har varit oförändrat, det trots att andelen överviktiga har ökat i Sverige. Idag finns ingen entydig förklaring till detta (5)

Kosten är en viktig komponent för att hålla diabetes typ 1 i schack. Målet med diabeteskosten är att inta en välbalanserad, näringsriktig diet med insulindosen anpassad till intaget av

kolhydrater för att uppnå en glykosnivå så nära det normala som möjligt. Om målet inte uppnås kan det leda till direkta konsekvenser för hälsan, t.ex. hypo- eller hyperglykemi (6). Ännu idag dör barn av hypo- och hyperglykemi på grund av att de inte har fått tillräcklig undervisning om hur de ska sköta sin sjukdom och för att de inte har råd med mediciner. Barn med diabetes typ 1 löper större risk att drabbas av hyperglykemi som kan leda till diabetes ketoacidosis (DKA), vilket är ett livsfarligt tillstånd som innebär att ketoner bildas till följd av för lite insulin (7).

Utbildning och stöd till barn med diabetes och deras föräldrar är nödvändigt för att kunna hålla sjukdomen på en stabil nivå och för familjens välmående. Detta fungerar relativt bra i Sverige men i andra länder där det inte har samma resurser finns inte denna information att tillgå. De som är mest sårbara för följsjukdomar på grund av diabetes är de som har en dåligt kontrollerad diabetes, de som saknar stöd från familjen och de som inte får tillräckligt eller ingen undervisning alls om sin sjukdom (7).

Diabetes är en sjukdom som kräver förändringar i den drabbade personens livsstil vilket innebär bl.a. utbildning och flitig egenvård. Traditionellt sett har utbildningen av patienterna skett på olika vårdinrättningar genom muntliga utbildningsprogram och genom stödgrupper. I dag finns det möjlighet att söka information och få utbildning om sin sjukdom på Internet, vilket många gör, framför allt yngre. Internet teknologin gör att diabetes patienterna kan lära sig om sin sjukdom i hemmiljön och slippa några av sjukhusbesöken(8).

Att leva med diabetes är en livslång inlärningsprocess. För att kunna ha kontroll över sin diabetes och slippa komplikationer i samband med sjukdomen så är det viktigt med information och utbildning. Det är viktigt att diabetespatienter får rätt information och utbildning i ett tidigt skede av sjukdomen. Det är en utmaning att få barn som utvecklat diabetes att vilja lära sig om sin sjukdom och förstå vikten av att följa de råd som ges av sjuksköterskan (9).

För att en patient ska kunna leva med en kronisk sjukdom krävs att patienten får kunskap om sjukdomen och hur den ska skötas. Det sker genom patientundervisning. Kunskapen patienten får skapar även ökade förutsättningar för patienten att själv ta avgörande beslut gällande sin sjukdom. I dagens hälso- och sjukvård förväntas patienterna ta ett allt större eget ansvar för

vård och behandling, därför blir patientundervisning en allt viktigare del av arbetet för personalen inom hälso- och sjukvården (10).

Motiverande samtal är en evidensbaserad metod vars syfte är att hjälpa människor till förändring. Det innebär att man har ett förhållningssätt och strategier för att hjälpa människor att utvecklas och göra förändringar. Metoden bygger på samarbete mellan vårdgivare och vårdtagare, där individens autonoma ställning är vägledande. I det Motiverande samtalet möts patienten där hon befinner sig. För att en vårdgivare ska kunna hjälpa en patient till förändring krävs att en bra relation mellan dem skapas, sedan fokuserar vårdgivaren på patientens förändringsmotivation, även om den är mycket liten (11).

## **1.2 Problemområde**

Diabetes är en sjukdom som ökar kraftigt i dagens samhälle och anses nu vara den största kroniska sjukdomen hos barn i i-länder. Diabetes är till stor del en egenvårdssjukdom. När barn drabbas måste hela familjen lära sig att leva med diabetes. Det är en viktig del i sjuksköterskans arbete att informera barn och deras föräldrar om sjukdomen diabetes och lära dem att leva med sjukdomen. Kosten är en stor del av behandlingen. Det blir då intressant att beskriva på vilket sätt och vilken information som ges till barn med diabetes och deras föräldrar (4,6,7,8,9,10).

## **1.3 Syfte**

Syftet med denna studie var att beskriva på vilket sätt barn med diabetes och deras föräldrar blir informerade om kostens betydelse och vilken information som ges vid sjukdomen diabetes.

## **1.4 Frågeställningar**

På vilket sätt får barn med diabetes och deras föräldrar information om diabetes och kostens betydelse på barnklinik?

Vilken information ges om kosten vid sjukdomen diabetes?

## 2. Metod

### 2.1 Design

Denna studie är en empirisk studie som har en deskriptiv design.

### 2.2 Urval och undersökningsgrupp

För att få svar på frågeställningen har författarna intervjuat sjuksköterskor som har kontakt med barn som utvecklat diabetes. Sjuksköterskorna har kontaktats på diabetesmottagningar på olika sjukhus i Mellansverige för intervjuer. Författarna hade som krav att fem till åtta sjuksköterskor valda genom bekvämlighetsurval skulle intervjuas. Denna studie är gjord utifrån fem intervjuer. Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna skulle ha jobbat med barn som har diabetes i minst ett år. I denna studie definieras barn: personer mellan 0 och 15 år. Urvalsgruppen bestod av fem kvinnor i åldern 39- 58 år med en medelålder på 50,6 år. Intervjupersonerna hade arbetat som sjuksköterska 13- 37 år med ett genomsnitt på 25,4 år. Som diabetessjuksköterska hade de arbetat 2- 30 år med ett genomsnitt på 13,8 år.

Tabell 1. Fakta om intervjupersonerna

Intervjupersoner	1	2	3	4	5
Ålder	57 år	50 år	58 år	39 år	49 år
Antal år som sjuksköterska	27 år	28 år	37 år	13 år	22 år
Antal år som diabetessjuksköterska	15 år	15 år	30 år	2 år	7 år

### 2.3 Datainsamlingsmetod

I denna studie användes intervjuer som datainsamlingsmetod. Intervjuerna genomfördes av båda författarna i enrum på respektive sjuksköterskas arbetsplats.

### 2.4 Tillvägagångssätt

Ett missivbrev till sjuksköterskor utformades där studien och inklusionskriterierna beskrevs, samt ett frågeformulär innehållande flera öppna frågor om deras arbete med barn och diabetes. Författarna undersökte vilka sjukhus som hade diabetes mottagningar för barn och ungdomar. Därefter kontaktades verksamhetschefen för respektive sjukhus för att få tillstånd att genomföra studien. När tillstånd erhöles kontaktades avdelningschefen på respektive



avdelning för att vidarebefordra ett missivbrev till sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna skulle själva kontakta författarna om de ville medverka i studien. Då författarna inte fick något svar beslutade de att åka ut till respektive avdelning för att även muntligt informera om studien. Detta resulterade i fem inbokade intervjuer på två olika sjukhus i mellan Sverige. Frågeformuläret skickades till sjuksköterskorna två arbetsdagar innan intervjutillfället. Den första intervjun genomfördes som en pilotstudie. Då denna intervju resulterade i mycket användbar fakta valde författarna att använda denna i studien. Författarna satte sig i ett avskilt rum tillsammans med intervjupersonen på dennes arbetsplats. Intervjupersonerna informerades om att de när som helst under studien kunde avbryta sitt deltagande utan motivering och att materialet skulle behandlas konfidentiellt. Frågorna ställdes turvis av de båda författarna med utgång från frågeformuläret, följdfrågor ställdes där det behövdes. Hela intervjun spelades in på band. Författarna försäkrade sig om att de kunde återkomma till intervjupersonen med ytterligare frågor vid behov. Intervjuerna transkriberades ordagrant av båda författarna.

## 2.5 Metod för analys

Den kvalitativa datan från intervjuerna har bearbetats och sammanställts i löpande text. Texten har sedan analyserats och delats upp i meningsenheter, kondenserad mening, kod och kategorier inspirerad av innehållsanalys från Graneheim & Lundman (12), (Tabell 2). De kategorier som framkom var: Tidig information om kostens betydelse, informationen anpassas efter individ och familj, informationshjälpmedel, motiverande samtal och samarbete mellan hem och skola.

**Tabell 2. Exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter, kod och kategori från innehållsanalysen inspirerad av Graneheim & Lundman.**

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Men ofta kommer det i början frågor om kosten och det kommer hela tiden efter sen också... ganska tidigt när dom är nya blir det alltid lite kostdiskussion...	Mycket kostfrågor i ett tidigt skede	Information om kosten	Tidig information om kostens betydelse
Däremot så är det ju så att vi visar ju alltid en film och det är oftast jag eller min kollega, vi brukar varva med att ta varandras patient då, då lämnar vi ut den filmen och då är det ju matinformation på den filmen, det är ju blandat med allt som man ska kunna	Vi visar ju alltid en film"...” då är det ju matinformation på den filmen, det är ju blandat med allt som man ska kunna om diabetes.	Informations-material	Informations-hjälpmedel

om diabetes.			
Det är också viktigt att säga att när man är i en chockfas så här i början så är det ju mycket information som jag ger som går in i det ena örat och ut genom det andra, man får repetera och ta om det helt enkelt.	När man är i en chockfas så här i början så är det ju mycket information som jag ger som går in i det ena örat och ut genom det andra, man får repetera och ta om det helt enkelt	Informationen repeteras	Informationen anpassas efter individ, familj och tid
Jag har många broschyrer som jag delar ut, många är reklam och så som vi använder, och så får varje patient en bok om diabetes.	Jag har många broschyrer som jag delar ut... och så får varje patient en bok om diabetes	Informationsmaterial	Informationshjälpmedel
Det är väl det där att jag säger det de behöver äta det är det som alla barn ska äta och att man mår mycket bättre om blodsockret ligger bra när man äter regelbundet	Jag säger att de behöver äta det som alla barn ska äta och att man mår mycket bättre om blodsockret ligger bra när man äter regelbundet	Motiverar till regelbundna matvanor	Samtal för att motivera
Och så säger jag att alla vi behöver äta såsom diabetiker äter, de är de kostråden som alla människor behöver, alla barn som växer behöver äta bra mat med grönsaker och fibrer och kolhydrater	Alla behöver äta såsom diabetiker äter, det är de kostråden som alla människor behöver, alla barn som växer behöver äta bra mat med grönsaker och fibrer och kolhydrater och allting blandat	Motiverar till att äta bra kost	Samtal för att motivera
Jag brukar följa det schemat men får man hela tiden vara inkännande, det kanske är så att de har en fråga som är väldigt viktig för dem... Det viktigaste är att de får öppna för vad de vill prata om så kan jag bygga på med min kunskap.	Jag brukar följa det schemat men man får hela tiden vara inkännande. Det viktigaste är att de får öppna för vad de vill prata om så kan jag bygga på med min kunskap	Öppna samtal	Informationen anpassas efter individ, familj och tid
Man frågar ju alltid vad dom kan om diabetes och vad dom har... mycket är ju att dom har förutfattade meningar, så här är det eller dom har hört någon gammal farbror eller tant som sitter med amputerade ben. Det är ju mycket såna bitar dom har i bagaget när dom kommer och att man då tonar ner... berättar att så var det för i tiden	Man frågar ju alltid vad de kan om diabetes... mycket är förutfattade meningar"... de har hört någon gammal farbror eller tant som sitter med amputerade ben. Det är ju mycket sådana bitar de har i bagaget när de kommer och att man då försöker tona ner det	Rädsla för sena komplikationer	Samtal för att motivera

## 2.6 Forskningsetiska överväganden

Tillstånd för genomförande av studien har erhållits av verksamhetschefen på respektive sjukhus. Materialet från intervjuerna har behandlats konfidentiellt. Sjuksköterskorna fick information om studien innan de beslutade att medverka i studien. De blev även informerade skriftligt och muntligt om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien utan motivering.

### 3. Resultat

Resultatet presenteras i löpande text som kategorier med citat. Kategorierna är:

- Tidig information om kostens betydelse
- Informationen anpassas efter individ, familj och tid
- Informationshjälpmedel
- Samtal för att motivera
- Samarbete mellan hem och skola

#### 3. 1. Tidig information om kostens betydelse

Samtliga deltagare nämnde att de arbetar i ett team runt patienten där de har ett nära samarbete. Detta team bestod av sjuksköterska, läkare, dietist och kurator och i vissa fall även psykolog. Samtliga sjuksköterskor berättade att information om kosten gavs tidigt i sjukdomen.

*”Det gör jag ganska omedelbart, det är ju mycket matfrågor så man går in oftast andra dagen...”* (Intervjuperson 4)

Att informera patienterna om diabeteskosten var enligt samtliga av de intervjuade sjuksköterskorna dietisternas uppgift, men sjuksköterskan ansåg att de ändå måste ha baskunskaper om diabeteskosten eftersom kosten påverkar blodsockret, och det var sjuksköterskans uppgift att informera om blodsockermätningar och insulininjektioner. Budskapet var att en diabetiker i princip kan äta vad som helst, bara mängden insulin anpassas efter det patienten äter. Informationen om blodsockervärdet och insulinmängden går hand i hand med informationen om kosten.

*”... det är ju matfrågor som brukar komma och då svarar man ju på sådana basfrågor”... ”när man ska förklara om injektioner och hur mycket man ska ge och så, så får man ju förklara lite ytligt om snabba kolhydrater men då är det ju ofta sammankopplat med insulinet.”* (Intervjuperson 1)

En av deltagarna i studien berättade att hon inte gick in på kosten mer än nödvändigt, eftersom det enligt henne är dietisternas huvudämne.

*”Just kosten brukar jag inte gå in så mycket på, dietisterna vill ta den biten så att vi inte ger olika budskap... de tycker inte om när vi går in på det...”* (Intervjuperson1)

Även fast arbetet sker i ett team där varje person har sitt specifika område så kan de till stor del varandras områden eftersom de arbetar så tätt ihop. Fyra av de intervjuade sjuksköterskorna berättar att familjen ofta ställer frågor om kost som de besvarar.

Sjuksköterskan träffade patienten varje dag under sjukhusvistelsen och frågorna från familjen handlar till stor del om kost. Sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna är måna om att deras barn och de själva ska äta en sund kost.

*”Ofta kommer det i början frågor om kosten och det kommer hela tiden efter sen också och man märker att föräldrar har ett väldigt stort intresse av kost och dom flesta föräldrar vill ju att deras barn och de själva ska äta sunt och nyttigt och allting...”* (Intervjuperson 3)

Två av sjuksköterskorna betonade att de endast pratade om kosten då familjen ställer frågor som rör kost och när de ska förklara hur mat påverkar blodsockret, eftersom de vill lämna det mesta av kostinformationen till dietisten.

*”... det är föräldrarna som öppnar den biten om det är någonting som de undrar över, jag går inte in och pratar om kost på det sättet utan jag hänvisar till dietisten och jag säger att det ska skriva upp det som de undrar just om kosten och ta med det till dietisten.”*

(Intervjuperson 2)

För att ta reda på hur mycket barnen och föräldrarna vet om diabetes, innan det första informationsmötet, sa samtliga sjuksköterskor att de tog reda på om patienten har någon släkting eller bekant med diabetes. Detta görs främst för att reda ut eventuella fördomar om sjukdomen som kan förekomma innan sjuksköterskan bygger på med mer kunskap.

*”man har märkt att det finns mycket fördomar och mycket saker som folk inte vet eller som de har hört från äldre släktingar eller bekanta”...” Jag tycker att det är viktigt att veta vad de har med sig i bagaget”.* (Intervjuperson 3)

Samtliga sjuksköterskor upplevde att det går olika bra på informationsmötena. Det går lättare att informera om patienten är intresserad och motiverad.

*”De var så otroligt intresserade och då blir det väldigt bra information och det där är bra för den som har diabetes också, den kanske inte har hört den här informationen på länge heller så de behöver en repetition också, så då brukar de också liksom suga in informationen.”*

(intervjuperson 3)

De flesta sade att om informationstillfället inte gick så bra så kunde det bero på att patienten inte var redo att ta in informationen eller inte var intresserade.

*”Och sen är det ju en del som absolut inte är intresserade och ibland kan det ju bero på en själv också att man inte, att det inte blir bra, att man inte är i toppform eller inte riktigt lyssnar eller någonting sådant där, och sådana tillfällen blir ofta inte bra ...”*

(Intervjuperson 3)

### **3.2. Informationen anpassas efter individ, familj och tid**

Sjuksköterskorna berättar att de inte har några långa informationssamtal med familjerna när barnet är nyinsjuknat eftersom familjen då befinner sig i en chockfas och därför inte kan ta emot så mycket information. Att ge information när familjen befinner sig i en chockfas gav inget bra resultat då det är svårt för föräldrarna att ta till sig och komma ihåg den information som givits. Det var viktigt att föräldrarna fick prata om vad de ville prata om och hur de kände sig.

*”Jag brukar träffa dem redan första dagen eller andra dagen och då har patienten och föräldrarna inte landat riktigt” ...” och de har inte hunnit vänja sig vid avdelningen, så jag brukar inte ha något omfattande samtal då utan jag brukar bara presentera mig helt kort och tala om vad som kommer ske inom den närmaste framtiden.. jag brukar inte prata så mycket utan jag försöker känna in patienten och så.”* (Intervjuperson 1)

En del information måste ändå ges till familjen under den första, akuta delen av sjukdomen. En av deltagarna i studien betonade vikten av att repetera informationen som ges vid flera tillfällen, för att familjen inte ska missa viktig information som kan gå förbi dem under chockfasen.

*”... när man är i en chockfas så här i början så är det ju mycket information som jag ger som går in i det ena örat och ut genom det andra, man får repetera och ta om det helt enkelt.”*

(Intervjuperson 2)

Samtliga sjuksköterskor berättade att de har en lista eller ett schema över allt det som de ska informera barnen och föräldrarna om, detta för att sjuksköterskorna inte ska glömma något. I vilken ordning informationen gavs berodde på vad barnen och föräldrarna ville veta just då. Det var familjens frågor som styrde samtalen.

*”Jag brukar följa ett schema men man får hela tiden vara inkännande” ... ” Det viktigaste är att de får öppna för vad de vill prata om så kan jag bygga på med min kunskap.”*

(Intervjuperson 2)

Sjuksköterskan samlade familj, anhöriga och vänner för att informera där det behövs eftersom diabetes påverkar hela familjen. Det är inte bara föräldrarna som behöver lära sig om sjukdomen utan även andra personer runt barnet. Mor- och far föräldrar som ofta tar hand om barnet behövde även de få lära sig om diabetes och kost- och insulinbehandling. När barnet blir äldre får föräldrarna mindre kontroll över vad barnet äter och gör, då kan det bli nödvändigt att informera vänner till barnet och ge barnet repetition om hur de ska sköta sin diabetes. Ansvar att sköta sin diabetes flyttas mer och mer över till barnet ju äldre det blir.

*”... om det är några som ska ut och resa med kompisar eller någonting sådant... bjuder vi ofta in kompisar som ska vara med på resan, vad de ska tänka på så att föräldrarna inte behöver ta den informationen, och föräldrarna då till den här ungdomen som har diabetes kan känna att nu vet de vad som händer. En gång var det 8 tjejer här...”*

(Intervjuperson 3)

### **3. 3. Informationshjälpmedel**

Samtliga sjuksköterskor berättade att de använde bilder och broschyrer i sin undervisning för att barnen och föräldrarna lättare skulle förstå informationen. Sjuksköterskorna gav information genom att använda sig av olika hjälpmedel för att alla människor tar in information på olika sätt.

*”Någon film har jag nog aldrig använt, men bilder och broschyrer och lite granna om kostcirkeln, beroende på vad de vet och kan.”* (Intervjuperson 3)

Två av sjuksköterskorna delade ut en bok till patienterna som handlar om diabetes vid det första mötet. På det sättet kan patienterna läsa om sin sjukdom och lära sig det de vill veta om diabetes och de kan läsa om det när de är redo att ta in informationen. Att patienterna får en bok om diabetes var bra då de kan gå tillbaka och friska upp sin kunskap.

*”Jag har många broschyrer som jag delar ut... och så får varje patient en bok om diabetes”* (Intervjuperson 1)

Två av intervjupersonerna använde även informationsfilmer och CD-rom skivor som en del av undervisningen. Där kan barnen själva klicka sig vidare till det som de var intresserade av och ville veta mer om.

*”Vi har både filmer och även informationsmaterial med lite tecknade former på... även en cd rom skiva som man kan titta vad som har hänt i kroppen och titta lite på data... som ett dataprogram med lite bilder där man ser vad som händer... insulin visas som en nyckel som öppnar upp dörren till cellerna...”* (intervjuperson 4)

Många yngre barn tycker om att titta på tecknad film, därför är en tecknad informationsfilm ett bra alternativ för att få barnen intresserade. Barnen tycker att filmen är rolig samtidigt som de lär sig om sin sjukdom.

*”vi visar ju alltid en film”...” då är det ju matinformation på den filmen, det är ju blandat med allt som man ska kunna om diabetes.”* (Intervjuperson 5)

Endast en av deltagarna nämnde Internet som informationskälla. Patienter som ville läsa mer om sin sjukdom tipsades om att besöka webbsidor som handlade om diabetes. En sida som sjuksköterskan tipsade om var en sida där barnen kan komma i kontakt med andra i samma situation för att diskutera och dela med sig av sina erfarenheter.

*”...jag använder mycket teckningar som jag samtidigt pratar om och olika broschyrer och så hänvisar jag att de kan gå in på nätet och läsa lite mer om diabetes”* (Intervjuperson 2)

Är de insjuknade barnen små vänder sig sjuksköterskan till föräldrarna med informationen. Dels för att barnen var för små för att förstå informationen och dels för att det var föräldrarna som ansvarade för barnens kost och medicinering. Ju äldre barnen blev desto mer kunde de ta del av sjuksköterskans information.

*”Är det riktigt små barn tar de inte in den här informationen utan då kan det vara så att då får man koncentrera sig på föräldrarna helt enkelt.”* (Intervjuperson 2)

Två av sjuksköterskorna använde sig av en docka för att informera små barn om vad som händer i kroppen vid diabetes. Dockorna används för att väcka barnets intresse och för att barnet enklare ska kunna förstå informationen.

*”Och då har vi som Waldorfdockor som information till dom mindre barnen som man kan öppna magen på och titta på bukspottkörteln och hur man ser ut i kroppen...”*  
(intervjuperson 4)

Informationsmaterialen anpassades till barnets ålder för att de ska kunna ta in och förstå informationen på sin egen nivå. Sjuksköterskorna använder sig av olika hjälpmedel för att informera. Hjälpmedlen väljs ut och anpassas efter barnets ålder.

*”för att förstå vad som har hänt i kroppen så har vi olika informationsmaterial till mindre barn och större barn” ...” Det finns jättemycket material som vi använder så att man kan anpassa informationen till olika åldersgrupper.”* (Intervjuperson 4 och 5)

Tre av sjuksköterskorna berättar att de anpassade informationen efter familjens kultur och bakgrund, då de kan ha en annorlunda typ av kost. Samtliga deltagare nämnde att de tar hjälp av en tolk om barnet och familjen inte talar svenska.

*”... när det gäller mat om man har en annan religionskost eller så, så måste man ju anpassa sig efter det då naturligtvis. För det är ju så att man måste kunna leva med sin diabetes, det måste kunna fungera i vardagen så det gäller att anpassa efter deras situation naturligtvis.”*  
(Intervjuperson 5)

En av deltagarna nämnde att hon gav samma information till alla oavsett vilket land patienterna kommer ifrån, men att sjuksköterskan anpassade sig efter familjen som sådan, oavsett kultur och bakgrund.



*”egentligen spelar inte det så stor roll om de kommer från ett annat land för man har samma program oavsett vem det är”...”utan man får mer se familjen som sådan, hur de är och så får man anpassa sig lite efter det, men man har sitt basprogram som man kör oavsett vem det är som man har framför sig”. (Intervjuperson 2)*

### **3.4. Samtal för att motivera**

På frågan om hur sjuksköterskorna motiverar barnet att ändra sin kost, då det skulle behövas, svarade två av dem att de motiverar barnet genom att berätta att barnet mår bättre om de sköter sin kost.

*”... jag säger att de behöver äta det som alla barn ska äta och att man mår mycket bättre om blodsockret ligger bra när man äter regelbundet”.*

(Intervjuperson 5)

Patienterna reagerade väldigt individuellt på råden de fick av sjuksköterskan, bland annat beroende på hur de hade levt tidigare. En del såg det som en utmaning eller en chans för hela familjen att äta lite nyttigare och på bestämda tider. Ett av råden som samtliga sjuksköterskor gav till patienterna var att de skulle äta ”vanlig mat” eftersom alla bör äta diabeteskost.

*”Alla vi behöver äta såsom diabetiker äter, de är de kostråden som alla människor behöver, alla barn som växer behöver äta bra mat med grönsaker och fibrer och kolhydrater och allting sådant där blandat och att man inte ska äta godis, alltså det gäller alla så egentligen finns det ingen riktig diabetesdiet...” (Intervjuperson 4 och 5)*

Alla sjuksköterskor i studien upplevde att det kan vara svårt att informera ungdomar och få dem att ändra sina matvanor och förstå allvaret med sjukdomen eftersom de lever i nuet och har så mycket annat att tänka på.

*”Ungdomar lever i nuet. Det är många som säger att äh, jag lever inte när jag är 30 år, jag lever inte när jag är 50 år så det spelar ingen roll om jag sköter mig eller inte. De har så kort perspektiv många tonåringar, man lever kanske för en vecka 14 dagar så där, ser inte längre fram.” (Intervjuperson 3)*

Två av deltagarna berättade att de försöker motivera ungdomarna genom att de får testa sitt blodsocker före och efter födointag, för att de själva ska förstå hur kroppen påverkas av vad de äter. De ska inte vara rädda för att prova sig fram för att komma underfund med vilken mängd insulin som behövs beroende på vad de har ätit.

*”Om det är någonting som de gärna har velat prova på, en jätteglass eller någonting och så har vi tagit blodsocker före de har ätit det och så har man gjort om det och gett en viss mängd insulin före och sen efter för att de ska få se hur det verkar, så de själva förstår. Det är ju för deras skull som de ska ligga bra och att de ska veta att i princip kan man ta nästan vad som helst bara man kompenserar med insulin.”* (Intervjuperson 3)

En av deltagarna berättade att de till största del får motivera föräldrarna till barnet eftersom det är de som till stor del ansvarar för barnets kost.

*”är det ett litet barn så är det svårt att få det motiverat, då får man motivera föräldrarna för det är föräldrarna som motiverar barnet, så att det är nästan den vägen man får gå..”*  
(Intervjuperson 2)

Tre av deltagarna berättade att ungdomar med diabetes har möjlighet att få åka på olika sorters läger för att träffa andra ungdomar i samma situation, för att dela med sig av sina erfarenheter och lära av varandra om kost och behandling.

*”Man kan ha olika typer av läger... tonåringar får träffa andra tonåringar och höra hur de gör, de kan pröva sig fram, de gör godistester för att se hur mycket insulin man behöver och man får se vad som händer om man inte tar tillräckligt med insulin, man kan ha skidläger då får de pröva på vad som händer med blodsockret vid fysisk aktivitet och när de äter för mycket godis eller för många mackor och tar för lite insulin då syns ju det direkt på kurvan...”* (Intervjuperson 2)

En del av sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att få barnen motiverade. Barnet informeras om komplikationer som kan inträffa om det missköter sin kost eller medicinering.

Det upplevdes som att rädsla för senkomplikationer vid diabetes fanns mest hos föräldrarna till barnen än hos barnen själva. Ungdomarna ser inte så långt fram i tiden utan lever mest för dagen.

*”En tonåring de lever ju lite här och nu det går ju inte att prata om senkomplikationer med en tonåring för de lever ju för dagen, om 20 år vet ju inte de om de lever, det skiter ju de i när man är tonåring.”* (Intervjuperson 2)

I de fall där rädsla för senkomplikationer förekom upplevde sjuksköterskorna att det berodde på att barnen och ungdomarna kommit i kontakt med sjukdomen tidigare genom äldre släktingar och bekanta. Sjuksköterskorna informerade om att det är stor skillnad på dagens diabetesvård och det som var tidigare. Idag behöver patienten inte bli blind eller amputera benen. De försökte avdramatisera deras föreställningar om diabetes.

*”Man frågar ju alltid vad de kan om diabetes... mycket är ju att de har förutfattade meningar”...” de har hört någon gammal farbror eller tant som sitter med amputerade ben. Det är ju mycket sådana bitar de har i bagaget när de kommer och att man då försöker tona ner det.”* (Intervjuperson 4)

Sjuksköterskorna upplevde att barnen och föräldrarna var mer rädda för akuta komplikationer som t ex. Hypoglykemi än senkomplikationer. Rädslan för att få en insulinkänning gjorde att de ofta tog för lite insulin och istället låg lite för högt i blodsocker.

*”De är rädda för att tappa kontrollen och att barnet ska få hypoglykemier, ibland upplever jag att de är lite för rädda för det.., det är som att de lägger sig lite högre i blodsocker med flit.. det är en balansgång hela tiden. Komplikationer i ögon och njurar och så brukar de inte prata om.”* (Intervjuperson 1)

### **3.5. Samarbete mellan hem och skola**

Två av sjuksköterskorna upplevde att vissa skolor har svårt att anpassa sig efter att barn har olika behov. Ett barn med diabetes behöver mellanmål och sockerfria alternativ, men en del skolor ville inte ändra på sina rutiner. Ibland måste sjuksköterskorna hjälpa till att prata med skolorna för att förklara vikten av att skolan anpassade sig efter barnets behov.

*”... har du diabetes så kan du inte dricka vanlig saft för det är väldigt mycket socker i det så då behöver man ha t.ex. Fun Light för att det inte ska påverka blodsockret, men då finns det de som säger att det ska inte finnas några konstgjorda produkter på vår skola, det ska bara vara naturligt socker, så har vi bestämt punkt slut. Då får inte de här barnen något. De har bestämt sig för en grej och då kan de inte ta hänsyn till att barn har olika behov.”*

(Intervjuperson 5)

## **4. Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

De kategorier som framkom var: Tidig information om kostens betydelse, informationen anpassas efter individ, familj och tid, informationshjälpmedel, samtal för att motivera och samarbete mellan hem och skola.

Barnen och deras föräldrar informerades av både läkare, sjuksköterska och dietist.

Diabeteskosten är till största del dietistens område, men även sjuksköterskan informerade om diabeteskosten då patienterna ofta har många frågor som gäller just kosten. Sjuksköterskorna använde sig av många olika hjälpmedel när de undervisade patienterna då alla lär sig på olika sätt. Med hjälp av de olika hjälpmedlen kunde undervisningen anpassas till barnets ålder.

Patientundervisningen skedde till största del på sjukhuset, men även i den skola där barnet går eftersom det är viktigt att alla personer som finns runt barnet får lära sig om diabetes och diabeteskosten.

### **4.2 Resultatdiskussion**

Barn med diabetes informerades om diabetes och kostens betydelse ofta tillsammans med familj eller vänner beroende på barnets ålder och fritid. Diabetesutbildning har visat sig vara lika effektivt i grupp som individuellt (13). En studie har visat att stöd från vänner och familj var viktigt för att barn och ungdomar med diabetes ska klara av att leva med sin sjukdom och hålla sig till sin diet (14). Enligt en annan studie var stöd från vänner och familj vid förändringar vid ett ohälsosamt beteende viktigt, t.ex. att börja motionera och äta sunt och fortsätta med detta (15). Patienter som upplever att de har ett stort socialt stöd har även hög livskvalitet, enligt en turkisk studie (16). De intervjuade sjuksköterskorna hade den uppfattningen att de flesta barn och ungdomar åt en nyttig och hälsosam kost. Detta visades i en undersökning där det framkom att barn med diabetes generellt sett har grundläggande kunskaper om hälsosam mat. Enligt samma undersökning möter barn med diabetes samma hinder som friska barn för att kunna äta en hälsosam kost t ex. tillgängligheten av onyttig mat och sociala situationer (17). Sjuksköterskorna i denna studie berättade att barn och ungdomar ofta hade svårt att stå emot onyttig mat i sociala situationer som t ex. i skolan. En tydlig faktor till barns ohälsosamma matvanor är barnens möjlighet att äta utanför föräldrarnas kontroll, detta påvisas i en amerikansk studie (18). Genom samtal försöker sjuksköterskorna motivera

barnen och ungdomarna att klara av situationen genom att förstå konsekvenserna av deras handlande. Samtal för att motivera har visat sig vara effektivt för att få patienter att ändra sin livsstil och det är även effektivt i kombination med familjens stöd (19,20,27).

Några av sjuksköterskorna uppmanade ungdomarna att testa sitt blodsocker före och efter sockerintag för att de skulle lära sig hur blodsockret påverkas av vad de äter och för att se att de mår bättre av diabeteskosten och av att ha ett kontrollerat blodsocker. Patienters personliga tro på diabeteskostens effektivitet för att kontrollera diabetes har en avgörande roll huruvida patienterna håller sig till diabeteskosten, detta visas i en studie från England (14).

Två av sjuksköterskorna hade stött på problem i barnets skola då de inte ville ta hänsyn till barnets speciella kost. En undersökning har visat att 9 % av de föräldrar till barn med diabetes som deltog i undersökningen upplevt diskriminerande beteende från skolan och ytterligare 9 % medgav att deras barn var tvungna att reducera några av blodsockermätningarna på grund av brist på samarbetsvilja från skolpersonalen (21).

En av sjuksköterskorna nämner Internet som en informationskälla och möjlighet att komma i kontakt med andra i samma situation. Idag är det vanligt att människor söker information om sin sjukdom på Internet (8). De intervjuade sjuksköterskorna hade ingen kontakt med patienterna via Internet eller sms, men en studie visar att patienter som har kontinuerlig kontakt med sjukvården genom Internet och sms uppvisar bättre blodsockervärden än de patienter som inte har denna kontakt (22).

### **4.3 Metoddiskussion**

Författarna valde intervjuer som datainsamlingsmetod för att denna metod ansågs bäst lämpad för att besvara frågeställningen. Författarna har inte kunnat hitta svar på frågeställningen i litteraturen. En frågeguide med 17 frågor utformades utifrån frågeställningarna. Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor. Intervjupersonerna valdes ut genom ett bekvämlighetsurval då det var det enklaste sättet. Författarna hade problem med att få tag på sjuksköterskor som ville medverka i studien. Denna studie bygger på fem intervjuer.

Författarna anser att det hade varit bra med några fler intervjuer men med tanke på svårigheterna med att hitta intervjupersoner ansåg författarna att fem intervjuer var tillräckligt många. De intervjuade sjuksköterskorna i denna studie är alla kvinnor, förutom att det inte är någon man med i studien kan denna grupp anses representativ då de är i varierande ålder och har arbetat som sjuksköterskor olika lång tid.

Intervjuerna genomfördes av författarna tillsammans och lika många frågor ställdes av båda. Följdfrågor ställdes av författarna då det ansågs nödvändigt. Frågeguiden skickades till intervjupersonerna två dagar före intervjutillfället för att de skulle få en inblick i vad intervjun skulle handla om. Då intervjufrågorna inte handlade om sjuksköterskornas upplevelser såg författarna inget hinder att skicka frågorna till intervjupersonerna i förväg.

Vid transkriberingen skrevs intervjuerna ned ordagrant, författarna valde därefter att justera språkfel i de citat som presenteras i resultatet. Enligt Graneheim och Lundman (12) granskas en kvalitativ studies trovärdighet utifrån begreppen giltighet "credibility", pålitlighet "dependability" och överförbarhet "transferability". Författarna anser att användandet av semistrukturerade intervjuer med följdfrågor vid behov stärkte studiens trovärdighet (credibility). Även användandet av citat som bäst representerat kategorierna stärker studiens trovärdighet anser författarna. Analysprocessen har varit densamma under arbetets gång, vilket stärker studiens pålitlighet (dependability). Författarna anser att några fler intervjuer skulle ha behövts för att stärka studiens överförbarhet (transferability). Att samtliga deltagare i studien var kvinnor kan ha gjort resultatet mindre överförbart, även om de allra flesta diabetessköterskor är kvinnor.

#### **4.4 Allmän diskussion**

På de flesta barnkliniker arbetar vårdpersonalen i team bestående av läkare, sjuksköterska, dietist och kurator där sjuksköterskan har en central roll. Patienter idag har ofta mycket kunskap om sin sjukdom som de inhämtat från Internet och annan relevant litteratur. Detta ställer ett större krav på sjuksköterskans kunskap.

För de barn och ungdomar som måste ändra sin livsstil kan Internet vara ett bra hjälpmedel, i kombination med kontinuerliga samtal med vårdgivaren. Resultaten av en studie visade förbättrade matvanor hos de som använde Internet som ett hjälpmedel till förändring av livsstil (23).

Diabetes är till stor del en egenvårdssjukdom som kräver stor kunskap om sjukdomen. Egenvård ger möjligheter till ökad livskvalitet, ökat välbefinnande, autonomi, frihetskänsla, kontroll och delaktighet (24). Författarna till denna studie anser därför att sjuksköterskans roll som informatör, utbildare och handledare av patienten är mycket viktigt. I en studie beskrivs de grundläggande strategierna i handledning av patienter som att främja livsstilsförändringar genom patientundervisning, psykosocialt stöd och motiverande vägledning (25).

Författarna anser att det är viktigt att föräldrarna får information om diabeteskosten eftersom det är de som till stor del ansvarar för barnets kost. Ofta får hela familjen ändra sin livsstil när

en familjemedlem drabbas av diabetes. Det är viktigt att alla i familjen blir informerade om diabetes och kostens betydelse. Det har visat sig att familjer som går på möten hos vårdgivaren tillsammans för att förändra sin livsstil lyckades bättre eftersom de samarbetade mot ett gemensamt mål (18). En studie visar att ungdomar med diabetes vill vara som alla andra, men att de behöver hjälp och stöd från familjen och professionella (26).



## Referenser

1. Hanås, R. Typ 1 diabetes hos barn, ungdomar och unga vuxna. Västerås: BetaMed; 2004
2. Gillå, U. Medicinsk grundkurs. Falköping: Bonnier utbildning AB; 2006
3. Knip M, Åkerblom, H.K. Early nutrition and later diabetes risk. *Adv-Exp-Med-Biol.* 2005; 569:142-50
4. Danne T, Kordonouri O. Current challenges in children with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes* 2007; 8:3-5.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Modin tryck AB; 2001.
6. Patton S R, Dolan L M, Powers S. W. Dietary adherence and associated glycaemic control in families of young children with type 1 diabetes. *J Am Diet Assoc* 2006; 107:46-52.
7. Hanas R, Lindgren F, Lindbladt B. Diabetic ketoacidosis and cerebral oedema in Sweden- a 2-year paediatric population study. *Diabet Med* 2007; 24:1080-1085.
8. Zrebiec JF, Jacobson A M. What attracts patients with diabetes to an internet support group? A 21-month longitudinal website study. *Diabet Med* 2001; 18:154-158.
9. O'Neill S. The role of diabetes UK: education through information *J Diabetes Nurs* 2005; 2:1-5.
10. B, Engström. Patientundervisning och patienters lärande. Växjö: Gothia Förlag AB; 2007
11. Barth, T. Näsholm, C. Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Lund: Studentlitteratur; 2006
12. Graneheim, UH. Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse educ*; 2004.
13. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, David M, Kendall MD. Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education A randomized study. *Diabetes Care* 2002; 25: 269-274
14. Skinner TC, John M, Hampson SE. Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol* 2000; 25:257–267
15. Krüger Grasaas K, Sandvand E, Seiler S. Mosjon – hva motiverer til å begynne? *Vård i Norden* 2004; 3:15–2015
16. Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekiz S, Cetin I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *J Clin Nurs* 2005; 16:1353–1360

17. Gellar LA, Schrader K, Nansel TR. Healthy Eating Practice: Perceptions, Facilitators and Barriers Among Youth With Diabetes. *Diabetes Educ* 2007; 33 (4): 671-679
18. Diane O, Tyler D, Horner. Collaborating With Low-Income Families and Their Overweight Children to Improve Weight-Related Behaviors: An Intervention Process Evaluation. *J Spec Pediatr Nurs* 2008; 4: 263-274.
19. Carino J.L, Coke L, Gulanick M. Using Motivational Interviewing to Reduce Diabetes Risk. *Prog Cardiovasc Nurs* 2004; 19:149-154
20. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien ., Schofield N, McGovern J. Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1706–1713
21. Amillateqi B, Calle JR, Alvarez MA, Cardiel MA, Barrio R. Identifying the Special Needs of Children With Type 1 Diabetes in School Setting. An overview of parents' perceptions. *Diabet Med* 2007; 10: 1073-1079
22. Hee-Sung K. Impact of web-based nurse's education on glycosylated haemoglobin in type 2 diabetic patients. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1361-1366
23. Moore TJ, Alsabeeh N, Apovian CM, Murphy MC, Coffman GA, Cullum-Dugan D, Jenkins M, Cabral H. Weight, Blood Pressure and Dietary Benefits After 12 Months of a Web-based Nutrition Education Program (DASH for Health): Longitudinal Observational Study. *J Med Internet Res* 2008;10(4):e52
24. Pagels AA. Egenvård- kapasitet i vardagen vid kronisk sjukdom. *Vård i Norden* 2004; 3:10-14
25. Whittlemore R, Chase S, Mandle CL, Roy SC. The content, integrity, and efficacy of a nurse coaching intervention in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2001; 6:887–898
26. Kristensen F. Mellom tiltro og frihet – bekymring og kontroll. En kvalitativ studie av hvordan foreldre til ungdom med diabetes type 1 takler hverdagslivets utfordringer i samspill med den unge. *Vård i Norden* 2004; 1:31–35
27. Channon SJ, Huws-Thomas MV, Rollnick S, Hood K, Cannings-John RL, Rogers C, Gregory JW. A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30(6):1390-1395.

## Bilaga 1

Vill du delta i en intervjustudie som undersöker hur barn med diabetes och deras föräldrar informeras om kosten och dess betydelse vid diabetes?

Syftet med denna studie är att beskriva på vilket sätt barn med diabetes och deras föräldrar blir informerade om kosten och dess betydelse vid sjukdomen diabetes. Förhoppningen är att få ökade kunskaper om hur informationen ges och vad informationen innehåller.

För att få svar på frågeställningen kommer 5-8 sjuksköterskor som i sitt arbete har kontakt med barn som har diabetes att intervjuas. Urvalskriterium är minst ett års erfarenhet av diabetesvård. I denna studie definieras barn som personer mellan 0 och 15 år.

Om du svarar ja till att medverka i en intervju önskar vi ställa frågor om hur du genomför informationen om kosten och dess betydelse vid diabetes till barn med diabetes och deras föräldrar. Din medverkan är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan motivering. Materialet från intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt. Det innebär att i resultatet kan inte enskilda intervjupersoner kännas igen.

Intervjuerna kommer att genomföras av oss två sjuksköterskestuderade vid högskolan i Gävle och intervjuerna beräknas ta ca 30 – 40 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in på band och sedan skrivas ner för att kunna sammanställas och resultera i en uppsats.

Om du vill delta i denna undersökning önskar vi svar via mail senast datum 7 okt -08, där namn, telefonnummer och lämplig tid när vi kan nå dig framgår. Vi tar därefter kontakt för att boka tid och plats och intervjufrågorna skickas till dig innan intervjutillfället.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående personer.

Malin Nilsson och Maria Forsmark    Telefon 073-72 42 677 (Malin)  
[pez87@hotmail.com](mailto:pez87@hotmail.com)    [maria.forsmark@spray.se](mailto:maria.forsmark@spray.se)  
Studerade i Sjuksköterskeprogrammet, Högskolan i Gävle

Handledare: Birgitta Fläckman  
Högskoleadjunkt Telefon 026-648205

## Bilaga 2

- Ålder?
  - Kön?
  - Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?
  - Hur länge har du arbetat med barn och diabetes?
  - Varför valde du att arbeta med barn och diabetes?
  - Trivs du med ditt yrkesval?
1. Berätta om hur du förbereder dig inför ett första informationsmöte med barn och förälder.
  2. Hur tar du reda på hur mycket/lite barnen och deras föräldrar vet om diabetes innan informationen ges vid det första mötet?
  3. Hur informerar du barn och deras föräldrar om kosten och dess betydelse vid diabetes?  
Använder du dig av tex broschyrer, bilder, informationsfilm?
  4. Vilken information ger du om kosten och dess betydelse vid diabetes?
  5. När i sjukdomsskedet informerar du om kostens betydelse?
  6. Berätta om hur du förbereder dig inför ett andra informationsmöte/motiverande samtal med barn och förälder.
  7. Ges informationen på olika sätt till olika åldersgrupper och beroende på barnens och föräldrarnas kultur och bakgrund?
  8. Förstår alla den information du ger?
  9. Hur vet du att patienterna följer dina råd?
  10. Hur tar du reda på att barnen och föräldrarna har förstått informationen som ges?
  11. Hur reagerar patienterna på dina råd?
  12. Hur motiverar du barn med diabetes att ändra sin kost?
  13. Hur täta kontakter har du med barnen och föräldrarna?
  14. Hur många informationstillfällen brukar behövas?
  15. Upplever du att barnen och/eller föräldrarna har en rädsla för komplikationer som diabetes kan leda till?
  16. Berätta om ett informationstillfälle som gick bra och ett som inte gick så bra! Varför blev det så?
  17. Om du får bedöma, anser du att det behövs någon utbildning för att arbeta med barn och föräldrar till barn som har diabetes?