



**Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för magisterexamen i
omvårdnadsvetenskap
VT 2020**

Diabetes Mellitus Typ 2 hos barn – sjuksköterskors beredskap att bemöta familjen

Roos Anna och Spahic Admira

Handledare
Ulrika Olsson Möller

Examinator
Liselotte Jakobsson

Sektionen för hälsa och samhälle

Författare

Roos Anna och Spahic Admira

Titel

Typ 2 Diabetes Mellitus hos barn – sjuksköterskors beredskap att bemöta familjen.

Handledare

Ulrika Olsson Möller

Examinator

Liselotte Jakobsson

Sammanfattning

Bakgrund: Typ 2 diabetes mellitus har det senaste årtiondet ökat bland barn. Sjukdomen misstänks ha en mer aggressiv kroppspåverkan hos barn än vuxna samtidigt som de farmakologiska resurserna är begränsade för barn. Familjens livsstil har stor betydelse för att behandlingen ska bli framgångsrik men också för risken att insjukna. En ökande andel insjuknande skulle ställa nya krav på bemötande och kompetens inom vården. **Syfte:** Att undersöka sjuksköterskors beredskap av att bemöta familjer med barn med T2DM på barnmottagning. **Metod:** Studien har en kvalitativ induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju deltagare och dessa analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I analysen framkom två huvudkategorier: Förutsättningar för beredskap och Faktorer som hindrade beredskap. Även sex underkategorier framkom: tidigare erfarenhet av närliggande områden, kunskap om betydelsen av ett gott bemötande och kommunikation, teamarbete med andra professioner, bristande rutiner och riktlinjer, brist på specifik kunskap om T2DM och ett nedprioriterad område inom vården. **Slutsats:** Det finns förutsättningar för ett gott bemötande av barn med T2DM och deras familjer samtidigt som luckor i vården behöver fyllas för att optimera beredskapen.

Ämnesord

Sjuksköterskor, beredskap, bemötande, barn, familjer, typ 2 diabetes.

Author

Roos Anna och Spahic Admira

Title

Type 2 Diabetes Mellitus in Children– nurses' preparedness to meet the family.

Supervisor

Ulrika Olsson Möller

Examiner

Liselotte Jakobsson

Abstract

Background: Type 2 diabetes mellitus has increased in the last decade among children. The disease is expected to have a more aggressive physical impact in children than adults, while pharmacological resources are limited for children. The family's lifestyle is of great importance for the treatment to be successful but also for the risk of developing diabetes. An increasing proportion onset in this area places new demands on health care nurses' preparedness at a children's clinic to meet families with children with T2DM. **Method:** The study has a qualitative inductive approach. Semi-structured interviews were conducted with seven participants and were analyzed with qualitative content analysis. **Results:** The analysis revealed two main categories: Prerequisites for preparedness and Factors that hinder preparedness. Six subcategories also emerged: previous experience in similar areas, knowledge of the importance of a good response and communication, teamwork with other professions, lack of routines and guidelines, lack of specific knowledge about T2DM in children and a low prioritized area in healthcare. **Conclusion:** There are prerequisites for a good respond of children with T2DM and their families, while gaps in healthcare need to be filled to optimize preparedness.

Keywords

Nurses, preparedness, meeting, children, families, t2dm

Innehåll

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Barn med T2DM.....	6
Familjeperspektiv	8
Vård av barn med T2DM.....	8
Sjuksköterskans roll.....	9
SYFTE	11
METOD	11
Design.....	11
Tillvägagångssätt och urval	11
Kontext	12
Datainsamlingsmetod	13
Analysmetod.....	13
Etiska överväganden och undersökningens betydelse.....	14
Förförståelse	15
RESULTAT.....	16
Förutsättningar för beredskap.....	17
Tidigare erfarenhet av närliggande områden.....	17
Kunskap om betydelsen av ett gott bemötande och kommunikation	18
Teamarbete med andra professioner.....	20
Faktorer som hindrade beredskap.....	20
Bristande rutiner och riktlinjer	20
Brist på specifik kunskap om T2DM.....	21
Ett nedprioriterat område inom vården.....	22
DISKUSSION	23

Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion	26
SLUTSATS	29
REFERENSER.....	30

Bilaga: Intervjuguide

INLEDNING

Diabetes Mellitus Typ 2 (T2DM) har länge ansetts vara en åldersrelaterad sjukdom men har de senaste årtionden börjat att drabba allt fler barn (Buse, D'Alession & Riddle, 2018) till följd av den fetmaepidemi som råder i världen (WHO, u.å). Sedan år 2013 har den årliga prevalensen av registrerade barn med T2DM ökat enligt Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes (2016) årliga rapport. T2DM misstänks ha en mer aggressiv kroppspåverkan hos barn än hos vuxna och de farmakologiska resurserna är begränsade för barn, vilket leder till att denna patientgrupp och deras vårdgivare står inför en betydande utmaning (Hannon & Arslanian, 2015). Med detta kommer sjuksköterskors beredskap att bemöta denna växande patientgrupp att ställas på prov, varpå det är av värde att undersöka den beredskap som finns idag.

BAKGRUND

Barn med T2DM

T2DM innebär otillräcklig insulinproduktion och/alternativt minskad insulinkänslighet i cellerna (Carlsson & Forsander, 2012). Flertalet studier från varierande länder visade att prevalensen av T2DM ökade bland barn och ungdomar världen över. I USA har antalet barn mellan 10 och 19 år som årligen insjuknar i T2DM stigit från 9 /100,000 år 2003 till nästan 14 /100,000 år 2015 (Divers et al., 2020). I Zhejiang, China har den årliga incidensen av T2DM av barn mellan 5 och 19 år stigit från 21 /100,000 år 2007 till 105 /100,000 år 2013 (Haibin et al., 2017). I Kanada steg prevalensen av T2DM hos barn mellan 1 och 19 år från 97 till 219, från år 02/03 till år 12/13 (Amed, Islam, Sutherland & Reimer, 2017). I Sverige låg år 2001 prevalensen av T2DM bland barn och ungdomar som insjuknat i diabetes på 0,5% (Pinhas-Hamiel & Zeitler, 2005). Mellan år 2005 och 2008 beräknades incidensen till 1,2% av diabetesfallen (Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes, 2012) och år 2012 hade denna siffra stigit till 2 % enligt Carlsson & Forsander (2012). Enligt årsrapporter från Nationellt register för barn och ungdomsdiabetes (2013; 2014; 2015; 2016) hade den årliga prevalensen av registrerade barn med T2DM i Sverige ökat varje år mellan år 2013–2016. År 2013 fanns det 41 barn med T2DM och år 2016, 68 barn. Därefter slutar antal barn med T2DM nämnas i

årsrapporterna från Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes varpå det är oklart hur många barn som idag är drabbade.

En riskfaktor för att drabbas av T2DM är hereditet (Carlsson & Forsander, 2012). Av de barn som drabbades hade ofta en familjemedlem eller släkting samma sjukdom (Reinehr, 2005). I Indien följdes personer under 25 år som diagnostiserats med någon form av diabetes mellan 1992 och 2009, och bland ungdomarna med T2DM hade 78% någon i familjen med samma diagnos (Amutha et al., 2011). I en studie där både ungdomar med begynnande diabetes, nedsatt insulinkänslighet eller T2DM samt deras föräldrar ingick framkom att 25% av föräldrarna var diagnostiserade med T2DM och medelvärdet för föräldrarnas BMI låg på 32 (Rhodes et al., 2011). Bland familjemedlemmar till barn med T2DM fanns ofta övervikt, andra riskfaktorer för diabetes, dåliga kostvanor och fysisk inaktivitet sågs ofta (Pinhas-Hamiel et al., 1999).

Livsstilen har stor betydelse för risken att drabbas av T2DM där fysisk inaktivitet, ohälsosamma kostvanor och högt BMI spelar en stor roll (Elling, Surkan, Enayati & El-Khatib, 2018). Fischetti (2015) visar i sin studie att fysisk ansträngning ger minskad risk att drabbas av T2DM. Weiss et al. (2005) visar att risken för att drabbas stiger med BMI-värdet och Ruhayel et al. (2010) visade att av 33 barn med T2DM (medianålder 13,4 år) var 27 barn feta eller överviktiga. WHO (u.å.) beskriver fetma hos barn som en av vår tids största utmaningar och att det år 2016 globalt fanns 41 miljoner överviktiga barn under fem års ålder. I Sverige är mer än 20 % av barn mellan 6 och 9 år överviktiga eller feta, dessutom har en kraftig ökning av övervikt och fetma noterats hos 11-, 13- och 15-åringar sedan 80-talet (Folkhälsomyndigheten, 2020).

T2DM innebär en högre risk för morbiditet, vanligast i form av hjärt-kärlsjukdom eller njursvikt då de förhöjda blodsockernivåerna bland annat skadar kärl och nerver i kroppen (World Health Organisation Europe [WHO Europe], u.å). Olika former av diabetes påverkar även livslängden för de som drabbas och en studie visade att flickor som vid 10 års ålder diagnostiserades med diabetes i genomsnitt förlorade 18,7 levnadsår och förlorade 31 år med full livskvalitet. Motsvarande siffror för pojkar var i genomsnitt 19 förlorade levnadsår och 32,8 förlorade år med full livskvalitet (Narayan et al., 2003). Patienter med typ 2 diabetes har beskrivit hur sjukdomen består av olika utmaningar som

påverkar dem i det dagliga livet, det upplevs som en kamp mellan motsatta krafter, att både vara normal och samtidigt känna sig förändrad och annorlunda (Lindh & Blomqvist, 2019).

Familjeperspektiv

I en amerikansk studie beskrev barn att familjen, vänner och andra vuxna i deras närhet var betydelsefulla för att hantera livet med T2DM (Brouwer et al., 2012). Ungdomarna kunde ibland uppleva att jämnåriga saknade förståelse för livet med T2DM men även att vännernas stöd och uppmuntran till hälsosamma val betydde mycket. De flesta barnen i studien uttryckte ett behov av familjen och framför allt föräldrarna vid den dagliga skötseln av sin sjukdom exempelvis vid upptäckt av avvikande blodsockervärden (Brouwer et al., 2012). Venditti et al. (2018) undersökte orsaker till bristande följsamhet till peroral behandling av T2DM hos barn i åldern 10 till 17 år, de visade att cirka 70% av barnen missat någon eller några doser de senaste sex månaderna och att drygt hälften av barnen förlitade sig på sina föräldrar att påminna dem att ta sina läkemedel. Risken för konflikter ökade i familjen vid hög belastning relaterad till T2DM samt om barnet upplevde nedsatt livskvalitet eller vid upplevd ohälsa (Rhodes et al., 2012). Samtidigt beskrev Linder och Imperatore (2013) att barn som drabbats av T2DM sannolikt riskerade att drabbas av följsjukdomar och skulle därför komma att behöva stöd från familjen, skolan och sjukvården för att lyckas att hantera sjukdomen. Ett mål inom hälso- och sjukvården är att hjälpa familjen hantera den ökade belastningen som medicinska problem kan medföra samt att informera om vilka vägar som finns för att stödja barnets utveckling (Risholm Mothander & Broberg, 2018). För att vården av barn med T2DM ska bli framgångsrik och förutsättningarna för beteendeförändringar goda, är det av vikt för sjuksköterskan att ha kunskap om familjens betydelse (Hannon et al., 2004). Behandlingen av diabetes bör utformas av sjuksköterska tillsammans med patienten där patienten och dess familj uppmuntras och stöttas i det egna ansvaret över sjukdom och behandling (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2013).

Vård av barn med T2DM

Då T2DM ännu är relativt ovanligt i Sverige finns det lite litteratur att finna om pediatrik omvårdnad av T2DM eller relevant patofysiologi. I USA där T2DM är desto vanligare

bland barn har forskningen och till följd av detta litteraturen hunnit längre. T2DM hos barn nämns i studentlitteratur för sjuksköterskestudenter (Ward & Hisley, 2009) och The American Academy of Pediatrics [ADA] (2019) har sammankallat en kommitté för att framställa en handlingsplan för att möta den ökande patientgruppen med barn som diagnostiserats med T2DM (Copeland et al, 2013). Denna handlingsplan går i stort ut på att ge handfasta instruktioner om allt från när och hur insulin ska sättas in, hur ofta och på vilka indikationer HbA1c (långtidsblodsocker) och p-glukos ska kontrolleras till att alla behandlande kliniker bör ha ett program för livsstilsförändringar, rådgivning om fysisk aktivitet, skärmtid och kostrådgivning från dietist (Copeland et al, 2013). I Sverige upptäcks förhöjda blodsockervärden och till följd av detta en diabetesdiagnos ofta när en person söker vård för något helt annat (Diabetesförbundet, 2017a). I en svensk studie undersöktes 134 barn med fetma, i denna population hittades inga barn med oupptäckt T2DM, däremot hade en hög andel av barnen påverkad insulinkänslighet (Ek, Rössner, Hagman & Marcus, 2015). För personer under 18 år finns i Sverige inga riktlinjer för diabetesscreening eller vård (Diabetesförbundet, 2017b).

Sjuksköterskans roll

När ett barn drabbas av T2DM ställs många krav på sjukvården och till följd av detta även sjuksköterskans kompetens. Inom specialiserad barnsjukvård bemöts patient och familj med respekt, barnets vilja görs hörd och barnet görs så delaktig i vården som möjligt (SSF, 2016). Sjuksköterskan förväntas främja barnets och familjens hälsa genom egenvårdundervisning samt upptäcka och göra familjen medveten om de resurser de besitter för egenvård (SSF, 2016). Inom specialiserad diabetesvård krävs att sjuksköterskan har fördjupade kunskaper om det dagliga livet med diabetes, sjukdomens fysiologi, följsjukdomar samt kunskaper om hur sjukdomen och dess komplikationer kan förebyggas på både individ- och samhällsnivå (SSF, 2013).

Som barnsjuksköterska krävs specifik kunskap om läkemedelsbehandling, såsom farmakologi, farmakokinetik och farmakodynamik för barn (SSF, 2016) och inom diabetesvård krävs fördjupad kunskap om de läkemedel som är aktuella vid vård av diabetes (SSF, 2013). Ward & Hisley (2009) menar att sjuksköterskan har en viktig roll i att sprida kunskap i samhället om vinsterna av en hälsosam livsstil och att stötta

nyckelpersoner i barnens närhet att föregå som goda exempel som ett steg i kampen mot T2DM hos barn och unga.

En stor del av sjuksköterskans roll vid vård av barn med T2DM handlar om livsstilsförändringar. Ungdomar på en diabetesmottagning i USA uttryckte att det kunde vara en utmaning att utföra egenvård och ändra sina levnadsvanor (Salamon et al., 2012). Sjuksköterskan behöver erbjuda personlig och individuell vård där barnets och familjens hinder för att lyckas identifieras och att familjen uppmuntras till hållbara livsstilsförändringar (Caple & March, 2018). Att tala med barn och deras familj om övervikt kräver mod och tydlighet utan att familjen skräms bort (Danielsson, 2015). Hardy, Hooker, Ridgway & Edvardsson (2019) har forskat på mammors upplevelser av att tala med sjuksköterskor i barnhälsovård om övervikt och fetma och det framkommer att sjuksköterskorna upplevs ha svårt att tala om detta och till viss del undviker ämnet. Danielsson (2015) beskrev hur sjuksköterskan i överviktsvården behövde vara öppen och förstående för att familjerna skulle orka och vilja komma tillbaka även efter bakslag. Det framgick i Hardy et al's (2019) studie att det var viktigt för mammorna att ha en förtroendefull relation till sjuksköterskan samt att den information och rådgivning som sjuksköterskan bistod med skulle vara evidensbaserad och icke dömande.

T2DM är ett nytt och fortfarande ovanligt och relativt okänt fenomen bland barn i Sverige. Detta ställer vårdgivaren inför en utmaning då dessa barn är i behov av specialiserad kunskap om barnsjukvård och diabetes samt ett familjefokuserat synsätt och bemötande. Då övervikt och fetma blir allt vanligare bland barn i Sverige kan även prevalensen av T2DM öka varpå intentionen med denna studie är att undersöka vilken beredskap som de sjuksköterskor som i första hand kommer att bemöta och vårda dessa patienter besitter. Nationalencyklopedin [NE] (u.å.) definierar beredskap som "tillståndet att vara beredd på kommande utveckling". Med detta ställer sig författarna frågan om sjuksköterskorna på barnmottagningarna är redo att ta sig an barn med T2DM och deras familjer och vilka resurser de besitter för att bemöta dem samt vilka hinder som föreligger. Konsekvensen av bristande beredskap kan vara att barnet och familjen inte får korrekt vård. Studier har uppmärksammat bristen på forskning gällande T2DM bland barn (Junfen & Heranmay, 2014), och vård och omsorg kan komma att få bemöta en

växande, relativt ny patientgrupp med höga krav på god kompetens inom området. Studiens resultat kan användas för att uppmärksamma sjuksköterskors beredskap och vad som kan behövas i framtiden för att optimera vården för barn med T2DM och deras familjer.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors beredskap på barnmottagning av att bemöta familjer med barn med T2DM.

METOD

Design

Då en djupare förståelse av sjuksköterskors upplevda beredskap efterfrågades valdes en kvalitativ metod då en semistrukturerad intervju kan ge rikare svar än en enkät (Henricson & Billhult, 2017). Genom detta val uppnås även en mer holistisk syn (Pollit & Beck, 2017) av sjuksköterskornas beredskap att bemöta denna patientgrupp. T2DM är fortfarande ovanligt i Sverige (Carlsson & Forsander, 2012) varpå någon hypotes inte fanns, istället antogs en induktiv ansats där författarna eftersträvade att genomföra studien med ett öppet sinne (Priebe & Landstöm, 2017).

Tillvägagångssätt och urval

Ett strategiskt urval gjordes för att skapa ett underlag som kunde svara på syftet (Henricson & Billhult, 2017). Sjuksköterskor som arbetade på barnmottagning med medicinsk inriktning i Sverige inkluderades. Inklusionskriterier var sjuksköterskor med utbildning på grundnivå eller med specialistutbildning inom barn eller distriktssköterskor. Initialt kontaktades enhetschefer på 15 barnmottagningar runt om i Skåne, av dessa tackade en enhetschef ja till deltagande i studien vilket genererade en deltagare. Till följd

av detta utvidgades det geografiska området till hela landet. Enhetschefer på barnmottagningar med inriktning mot medicin eller endokrinologi på sju av Sveriges universitetssjukhus kontaktades via mail samt telefon och informerades om studien och tillfrågades om deltagande. Två tackade ja vilket genererade ytterligare tre deltagare. Universitetssjukhusen valdes ut då dessa var lättast att hitta kontaktuppgifter till samt komma i kontakt med på ett systematiskt vis då antalet universitetssjukhus är mindre och mer hanterbart än antalet sjukhus totalt i hela landet. Samtidigt fick vi via handledare och privata kontakter kontakt med sjuksköterskor på ytterligare två sjukhus vilket genererade tre deltagare till. Dessa tre som visat intresse för att delta informerade sin enhetschef och fick godkänt att delta i studien. Således intervjuades sammanlagt sju sjuksköterskor från södra till norra Sverige. Majoriteten av de från södra Sverige rekryterades via privata kontakter vilket ledde till att sjuksköterskan kontaktades direkt och inte via enhetschefen. För övriga deltagare togs kontakt med enhetschef som tackat ja och som i sin tur valde ut sjuksköterskor på sin arbetsplats för medverkande i studien. Informationsbrevet till enhetschef och deltagare innehöll tydlig information om studien och skickas ut i god tid för ställningstagande till deltagande.

Kontext

Alla deltagare var kvinnor och arbetade på barnmottagning med antingen diabetespatienter eller överviktpatienter. Barnmedicinsk mottagning är en specialiserad mottagning för barn upp till 17 år och vänder sig till barn med behov av barnmedicinsk specialistvård (Regionhälsan, 2020), det finns till exempel diabetesmottagningar eller överviktsmottagningar riktade till barn. De mottagningar som deltog var alla anslutna till större sjukhus, lokaliserade i medelstora städer. Samtliga deltagare hade träffat barn med T2DM i arbetet med olika fokus beroende på om de arbetade med diabetes eller övervikt. På övervikts teamen var det barnets övervikt som var i fokus för behandling med mycket livsstilsrådgivning och stöttande samtal och där T2DM uppstått som en komplikation till övervikten. På diabetes-mottagningarna arbetade sjuksköterskorna med diabetesvård i första hand samt med livsstil och övervikt.

Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade intervjuer hölls vilket resulterade i att våra särskilda frågeställningar besvarades samtidigt som deltagarna inte styrdes (Polit & Beck, 2017). Informerat samtycke inhämtades och deltagandet kunde avbrytas utan att orsak uppgavs (Kjellstöm, 2017). Samtliga intervjuer genomfördes under hösten 2019 och initialt gjordes en gemensam pilotintervju för att avgöra om frågorna genererade svar på syftet (Danielsson, 2017). Pilotintervjun transkriberades och genomlästes av författarna och lästes därefter av handledare, frågorna var adekvata för syftet och därmed behölls de i ursprunglig form samt inkluderades i resultatet. Frågeformuläret (Bilaga 1) användes som stöd och frågorna togs i den ordning som var relevant utifrån samtalets gång. De övergripande frågorna var utarbetade av författarna för att besvara syftet och följdfrågorna är inspirerade av Danielsson (2017). Följdfrågor ställdes när så behövdes för ett mer uttömmande svar. Två intervjuer utfördes med båda författarna och övriga intervjuer gjordes enskilt. De intervjuer som gjordes gemensamt utmynnade inte i längre tid eller längre transskript än vid de intervjuer som utfördes enskilt. De intervjuer som utfördes med deltagare i Norrland eller Mellansverige utfördes via telefon. Intervjuerna spelades in och transkriberades inför analysfasen. Deltagarna informerades i samband med varje intervju att deltagandet var frivilligt och kunde avslutas när som helst samt att intervjun spelades in. Genomsnittlig tid för intervjuerna var 45 minuter.

Analysmetod

Kvalitativ innehållsanalys användes som analysmetod då denna är utvecklad för att tolka stora mängder text och är väl beprövad inom vårdvetenskap (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Analysprocessen influerades av Burnards (1991) 14 stegsmodell för kvalitativ innehållsanalys. Efter varje intervju gjordes minnesanteckningar kring ämnen som framkommit. Intervjuerna transkriberades ordagrant och författarna fördjupade sig i texterna och skrev ner de generella teman som kunde utläsas. I nästa steg skrevs meningsbärande enheter ner och kondenserades därefter, allt som inte svarade mot syftet sorterades bort. De kondenserade meningsbärande enheterna tilldelades en kategori och grupperades därefter in i mer övergripande kategorier därpå skrevs resultatet. Under hela arbetets gång har hela transskript samt ljudinspelningar varit tillgängliga för att inte kontexten skulle förloras. Nedan följer exempel på analysprocessen:

Figur 1.

Meningsbärande enhet	Open coding	Underkategori	Huvudkategori
Mm, alltså bemötandet tycker jag oftast är svårt, det är ju, jag tycker att jag är duktig på att bemöta barn och ungdomar och familjer i olika situationer. Jag har jobbat länge som barnsjuksköterska.	bemötandet svårt men Duktig på det, van att bemöta barn i olika situationer har lång erfarenhet	Tidigare erfarenhet av närliggande områden	Förutsättningar för beredskap
ah då vet vi precis, du vet ju precis när dom (patient med T1DM) kommer in vad du ska göra (...) JAG vet inte jag kan ingen handlingsplan, i så fall måste jag i och leta upp någonstans, (...) men om vi säger så här vi har ett PM för typ 1 diabetes, (...) det har vi kanske inte men handlingsplanen är ju vad man startar med för mediciner på en typ 2 det är ju tabletter och beroende på hur högt hba1c du har då när dom kommer så här va det finns som inget nedtecknat om man så säger inte som jag vet om	Med en patient med T1DM vet vi precis vad vi ska göra, vilka prover som ska tas, med T2DM känner jag inte till någon handlingsplan, det kan finnas någonstans att leta upp men inte lättillgängligt. För T1DM finns ett detaljerat PM för hur behandlingen ska inledas. För T2DM är det HbA1c som styr behandlingen men det finns inget nedtecknat	Bristande rutiner och riktlinjer	Faktorer som hindrar beredskap

Etiska överväganden och undersökningens betydelse

Riskerna med en studie kan uppvägas av behovet av ny kunskap (Kjellström, 2017). Riskerna med denna undersökning bedömdes vara små men medförde en risk att deltagarna skulle känna sig förhörda eller utsatta. Författarna strävade efter att främja deltagarnas välmående under hela processen och undvika att de kom till skada i samråd med god forskningsetik (The Belmont report, 1979), genom att deltagarna i samband med varje intervju medvetandegjordes om att syftet med studien var att undersöka vilken beredskap som fanns och att det inte handlade om en kunskapskontroll. Deltagarna garanterades även konfidentialitet för att undvika att de på något vis skulle komma till

skada på grund av vad som uppkom i intervjuerna. Endast författarna har haft tillgång till data som samlats in och materialet har hanterats aktsamt för att minska risken för spridning till obehöriga. För att minska risken för att deltagarnas identitet avslöjas har samtliga transkriberingar av intervjuerna avidentifieras (Kjellström, 2017).

Respekt för deltagarna visades genom att deltagare och enhetschefer erhöll skriftlig information om studien samt att deltagande var frivilligt och kunde avslutas när som helst utan att orsak behövde uppges (The Belmon report, 1979). Skriftligt informerat samtycke inhämtades från samtliga deltagare och enhetschefer. För de enheter utanför Skåne som kontaktats gick kontakten via enhetschef som först godkände studien och därefter godkändes deltagande av deltagaren själv. För de deltagare som rekryterades i Skåne kontaktades en del direkt via kontakter och som efter att ha accepterat deltagande i studien kontaktade sin enhetschef som därefter godkände medverkan. Rättvisa uppnåddes genom att samtliga universitetssjukhus i landet tillfrågades om deltagande.

Forskning utövas av olika anledningar exempelvis i syfte att förbättra klinisk verksamhet eller för att vinna kunskap (Vetenskapsrådet, 2017). Vår studie gick ut på att undersöka sjuksköterskors beredskap på barnmottagning av att bemöta familjer med barn med eller med risk för att utveckla T2DM. Motivet till studien var att vinna kunskap om huruvida det fanns en beredskap att bemöta barn med T2DM samt deras familjer då tidigare forskning visar att denna patientgrupp kan komma att öka drastiskt i framtiden. Förhoppningen var dels att upptäcka om det fanns brister i beredskap och i så fall kunna ge underlag till förbättring. Men även att eventuellt finna att det fanns en beredskap och kunskap inom detta område som skulle kunna spridas till andra delar i vårdkedjan, exempelvis vårdcentralen där dessa barn och familjer kan söka vård. Studien kan på så vis bidra med ny kunskap som kan gagna verksamhet, profession och drabbade familjer. En ansökan om etikprövning för student gjordes och godkändes av Högskolan Kristianstad.

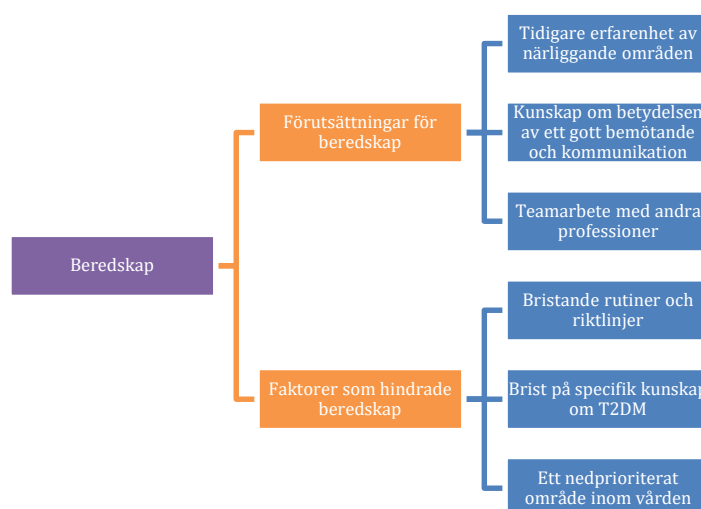
Förförståelse

Då en induktiv ansats valts för denna studie ville författarna beskriva sin förförståelse i syfte att ge läsaren möjlighet att se studiens resultat i ljuset av den (Priebe & Landström, 2017). Författarnas förförståelse var att det förekommer skillnader i bemötandet av en

familj med barn med T1DM jämfört med T2DM och att det finns andra svårigheter att bemöta familjen med T2DM då denna sjukdom ofta är orsakad av levnadsvanor till skillnad från T1DM. Vi hade uppfattningen att det fanns ett stigma i barnfetma och T2DM hos barn och att familjer vars barn insjuknat i T2DM kan bära på skuld känslor som kan leda till en barriär mellan sjuksköterska och familj. Men även att sjuksköterskan hade en större utmaning ur ett omvårdnadsperspektiv att bemöta familjer med T2DM. Vi har ökat vår medvetenhet om betydelsen av vår förförståelse för resultatet, genom att reflektera kring den egna kunskapen och yrkeserfarenhet inom det som skall studeras (Henricson & Billhult, 2017). Ingen av författarna har erfarenhet av att arbeta med barn med T2DM eller möte med familj i ett sådant sammanhang. En författare har arbetat med patientgruppen barn tidigare och har erfarenhet av familjerelaterad omvårdnad. En annan förförståelse hos författarna var att det fanns en bristande beredskap att bemöta dessa familjer. Vilket också var en anledning till att studien genomfördes.

RESULTAT

Samtliga sjuksköterskor hade träffat barn med T2DM och deras familjer. Resultatet visade att det fanns förutsättningar för beredskap att bemöta barnen och familjen men också att det fanns faktorer som hindrade sjuksköterskans beredskap. De två huvudkategorierna kunde delas in i sex underkategorier som presenteras i figur 2 och beskrivs närmare i respektive avsnitt.



Figur 2: Huvudkategorier och underkategorier

Förutsättningar för beredskap

Sjuksköterskor på barnmottagningar besitter beredskap att bemöta familjer med barn med T2DM. Tidigare erfarenhet av liknade situationer, kunskap om gott bemötande och kommunikation samt teamarbete var alla faktorer som bidrog till beredskap.

Tidigare erfarenhet av närliggande områden

Sjuksköterskornas erfarenhet av T2DM hos barn var att den ofta var relaterad till livsstil. Sjuksköterskorna som arbetat länge inom barnsjukvården upplevde att de gynnades av tidigare erfarenheter. De sjuksköterskor som var vana att träffa barn med T1DM upplevde sig trygga inför mötet med barn som drabbats av T2DM eftersom de hade med sig erfarenheter som även kunde tillämpas vid bemötandet av barn som drabbats av T2DM och deras familjer. För att underlätta arbetet kunde sjuksköterskor utforma egna handlingsplaner utifrån sin kompetens och erfarenhet av T1DM eller utifrån sin kunskap om T2DM hos vuxna. När barnet hade svårare för att ta till sig information eller förändra ett beteende gynnades sjuksköterskorna av tidigare erfarenhet för att stötta barnet. Arbetet på barnmottagning gav erfarenhet av att arbeta familjefokuserat och det upplevdes inte det svårare att bemöta familjer där ett barn drabbats av T2DM än av andra diagnoser.

”därför att jag är ju van att jobba med barn och då finns det anhöriga runt om men om du jobbar då med en vuxen var det så här “hallå?” finns det ingen här, hallå? runt den här personen? så här va för man är så van att äh, a jamen jag ska ju nå barnet, men man vill ju ha med föräldern på tåget”

Beredskapen stärktes av att sjuksköterskorna arbetade dagligen med motivation och livsstilsförändringar och hade god erfarenhet av detta.

”jag tycker att ähm att det är väldigt roligt del faktiskt av jobbet (att ge livsstilsråd till familjer), det är egentligen det jag tycker är roligast det är därför jag valt att jobba med obesitas just för det handlar om

livsstil, att genomföra en livsstilsförändring, positiva livsstilsförändringar”

Kunskap om betydelsen av ett gott bemötande och kommunikation

Att bemöta barnet och familjen med respekt var en självklarhet för sjuksköterskorna. Det ansågs vara viktigt att tillämpa ett individuellt anpassat bemötande men att också ha ett helhetsperspektiv där familjen involverades till förmån för individuella behov. Eftersom T2DM kan generera mycket känslor hos de drabbade kunde utmaningar i bemötandet uppstå. Enligt sjuksköterskorna var ett icke dömande bemötande att föredra och istället antogs ett uppmuntrande och stödjande förhållningssätt.

” jag bemöter det med att alltså det är ingenting de kan göra något åt liksom i nuläget. Nu får vi göra som det är och hjälpas åt nu istället. Jag lägger inte skulden på föräldrarna på något sätt. Utan det är bara liksom att det, du detta kan bli bra, nu har vi fångat det tidigt, nu satsar vi på att få det rätt liksom istället och slippa stora behandlingar kanske.”

En del barns familjer kunde upplevas motsträviga och ha taggarna utåt varpå det var svårt att nå fram. Konflikträdsla kunde utgöra en annan utmaning för sjuksköterskorna det kunde upplevas svårt att ta upp känsliga ämnen då det fanns risk att barnets familj skulle bli upprörd. Sjuksköterskorna beskrev hur samtalen om övervikt samt uppföljningen av vikt var känsliga att ta upp med familjerna och kunde vara svåra att hantera. Dessa samtal behövde utföras med stor respekt och omtanke men utan att förlora sin tydlighet.

” sen är det just det här med... att det blir ju känslomässigt också för man vill ju absolut inte att dem ska gå därifrån med känslan att de är mindre värda eller att de är på något vis som säger något sådant, man får väga sina ord liksom försiktigt vad man säger men man måste ändå vara tydlig, det är svårt.”

Sjuksköterskorna upplevde att det kunde uppstå olika svåra situationer som de var tvungna att handskas med och då gällde det att finna ett gemensamt mål med barnet och familjen och att de involverades i vården. Genom att sjuksköterskorna visade att de brydde sig om och skapade en relation med barnet eller familjen kunde tillit uppstå och bemötandet blev naturligare. När sjuksköterskorna fick familjens förtroende blev det även lättare att bemöta familjen i sådant som sjuksköterskorna inte hade svaret på. Sjuksköterskorna uppgav att det finns en okunskap ute i samhället om T2DM vilket leder till att deras arbete med barnen försvårades och de ansåg att barnet och familjen behöver mycket information om tillståndet och att kommunikationen med barnen sker på rätt nivå så att informationen blir begriplig för barnen. Rådgivningen individanpassas utifrån behov och ett avancerat sjukdomsförlopp förklarades på ett enkelt sätt för att skapa förståelse hos barnet.

” man får ju säga det på ett så enkelt sätt som möjligt just att man man kan sänka blodsockret också genom fysisk aktivitet, alltså, att rörelse sänker blodsockret kan man ju säga enkelt som sagt och det tycker många att “haa gör det det!” och “Vad bra!” och sådär. Man kan, man får ju ta upp mycket det här vad som är bra för dom att jobba med”

En aspekt för att åstadkomma förändring var den rådgivande funktionen där dialog etablerades med barnet och föräldrarna. När svårigheter uppstod i kommunikationen mellan sjuksköterskan och barnet var tålamod viktigt och att inte ge upp hoppet. Sjuksköterskorna beskrev flera sätt som tillämpades för att kommunicera med barnen och familjen dels för att de skulle förstå allvaret i situationen men det hade även en stödjande funktion. Öppna frågor till barnen eller familjen kring kost och motion gynnade kommunikationen mellan sjuksköterska och familj. Motiverande samtal var ett annat verktyg som sjuksköterskorna tyckte var bra eftersom det utgick från familjen och deras hinder och möjligheter. En del av sjuksköterskorna som inte hade utbildning i motiverande samtal efterfrågade detta då det upplevdes kunna vara till hjälp i de samtalssituationer som upplevdes svåra exempelvis om övervikt och livsstil.

Teamarbete med andra professioner

Team med olika professioner som läkare, specialistsjuksköterskor, psykologer, kuratorer, fysioterapeuter och dietister sågs som en enad kraft där alla var nödvändiga för att ge god vård. Sjuksköterskorna upplevde att barnet och familjen behövde få träffa ett samlat team som tillsammans maximerar deras möjligheter till en god behandling och skapar motivation till förändring. Teamet sågs även som en stödjande resurs för sjuksköterskorna där avstämning och kunskapsutbyte mellan de olika professionerna kunde ske. Ett gott samarbete med övriga professioner förstärkte sjuksköterskans känsla av gemenskap, trygghet samt tillgång till kunskap. När en svårighet uppstod i mötet med barnet och familjen fann sjuksköterskorna stöd i att flera kompetenser involverades och kompletterade varandra för att lättare finna en lösning.

”det är ju jag som är som spindeln i nätet och kallar och sen har vi två psykologer [...] och så sen så har vi en dietist som jobbar på 20% och en fysioterapeut på 10% och då... lägger vi upp det så att först träffar de en läkare som ber om prover och sådana saker och... sen så träffar de teamet på första så träffar de hela teamet på ett bedömningsbesök”

Slutligen upplevde sjuksköterskorna att mycket kunde vinnas om sjuksköterskor inom skola och barnhälsovård upptäcker och signalerar vid riskfaktorer för T2DM.

Faktorer som hindrade beredskap

Studien visade att det fanns faktorer som hindrade beredskap att bemöta familjer med barn med T2DM. Dessa var kunskapsbrist hos sjuksköterskor om T2DM specifikt hos barn, saknaden av tydliga rutiner och riktlinjer i verksamheterna gällande barn med T2DM samt bristande tid och resurser.

Bristande rutiner och riktlinjer

Barn med T2DM träffar i första hand sjuksköterskan vid hjälpmedelsutbildning, behandlingsvikt, insulinbehandling samt livsstilsrådgivning. Sjuksköterskorna kunde bli

varse patienterna via en bevakning i journalsystemet och exempelvis få i uppgift att lära barnet och familjen blodsockerkontroller. Detta innebar att sjuksköterskorna inte träffade och lärde känna dessa barn lika väl som barn med T1DM. Däremot framkom att de trots det var kontaktperson och var den som föräldrar kontaktade vid eventuella frågor. Deltagare beskrev att det vid T1DM fanns en tydlig handlingsplan vilket det inte fanns för T2DM. Önskemål om en nationellt utformad handlingsplan framkom under intervjuerna.

” Ah den (beredskap att bemöta familjer med T2DM) kanske inte är helt, den kanske inte är helt optimal faktiskt för om man tänker såhär va, vi har ju pratat, jag har sagt såhär, har vi en handlingsplan? alltså har vi..., jag menar vi vet ju precis vad vi gör när det kommer en med typ 1, men med typ 2 är kanske inte lika.. planlagt hur..., hur vi gör så här va, ”

Rutiner som efterfrågades kunde handla om vad som skulle undersökas vid besök, informationsmaterial på barnets nivå, strukturerad uppföljning, trygg utslussning till annan vårdenhet den dag barnet fyller 18 samt hur strukturerad registrering i nationella diabetesregistret av alla fall med T2DM skulle utföras.

Brist på specifik kunskap om T2DM

Under intervjuernas gång framkom att deltagarna tyckte sig sakna kunskap och ville veta mer om diabetes generellt och om T2DM hos barn specifikt. Många beskrev att de i sin yrkesroll kontaktades av familjerna med frågor kring behandling, läkemedel biverkningar och att det i nuläget var svårt att besvara alla frågor som uppkom.

” Alltså det känns inte alls bra när man oftast möter patienter eller när de kontaktar mig liksom om behandlingen. För det enda jag kan är ju Metforminen liksom. Ehm det är det enda som vi använder på barn för att det andra är ju inte godkänt på barn och vi har inte kunskap. Vi har för mycket frågor från föräldrar men det här finns ju det här man kan använda vid typ 2 och detta och detta. Jag kan inte det, det känns inte alls bra. ”

Några sjuksköterskor hade letat efter utbildningar om T2DM hos barn men uppgav att urvalet var litet, de utbildningar som fanns om detta hölls av olika läkemedelsföretag. Sjuksköterskorna uttryckte att de hann tappa kunskap mellan gångerna då antalet barn med T2DM var få men att deras behov av kunskap ökade i och med att antalet barn med T2DM blev allt fler. Fastän sjuksköterskorna inte hade det medicinska ansvaret vid T2DM så önskades mer kunskap för att kunna ge bättre coaching i egenvård till familjen. Även om uppfattningen fanns att mer kunskap behövdes fanns å andra sidan även uppfattningen att sjuksköterskan själv ansvarade för att tillgodose sig den kunskap som behövdes.

Ett nedprioriterat område inom vården

Från att inte ha haft några barn alls med T2DM upplevde sjuksköterskorna att det blir allt vanligare ute på mottagningarna vilket bidrog till fler besök inom hälso- och sjukvården. En pressad organisation beskrevs där resurser sparades in i allt större omfattning. Vidare beskrev de att många barn som drabbas av T2DM inte uppvisade några klassiska symtom för diabetes utan att diagnosen upptäcktes som ett bifynd i samband med andra sjukdomstillstånd eller olyckor. Det fanns även fall där barnen gått så länge utan att få diagnos att komplikationer upptäckts innan orsaken. Sjuksköterskorna som möter dessa barn och familjer menade att en tidig intervention gav bättre prognos för barnet och underlättade arbetet. Sjuksköterskorna uppgav hur de hade visioner för denna patientgrupp och kunskap om hur de skulle vilja bemöta dem men inte gavs tid och resurser till detta.

” som på alla andra ställen gissar jag, det är ju pengar, besparingar, jag jobbar ju som sagt på ett övervikts-team och vi har jättemycket visioner men sen finns det inte pengar till det.”

Behandlingsstrategierna var även få då många av de läkemedel som används hos vuxna ej var godkända för barn. För barn med fetma som ännu inte utvecklats en T2DM beskrevs köerna långa för att komma till och få behandling på överviktsenheten, vilket skulle kunna avvärja en T2DM-diagnos. Sjuksköterskorna upplevde ett behov av mer preventivt arbete men att resurserna inte räckte till.

De som arbetade inom diabetesvården beskrev att besökstiderna var få och fler sjuksköterskor samt andra kompetenser efterfrågades för att generera fler tider till besök för barnen och deras familjer. Merparten av tiden för teamträffar lades på barnen med T1DM då deras besvär varit av mer akut eller allvarlig karaktär.

När det gällde antalet besök framkom att barnet hinner tappa motivationen mellan besöken då de inte är täta nog. En del familjer ville komma på besök flera gånger i månaden för att klara av att genomföra en livsstilsförändring vilket det inte fanns möjlighet till. I de delar av landet där avstånden till sjukvården var långa möttes sjuksköterskorna av andra problem då en del familjer valde att utebli från besöken då de hade för lång väg att ta sig dit. I denna kontext behövde sjuksköterskan balansera antalet besök för att behålla barnet inom vården och samtidigt uppnå motivation till en förändring.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Initialt var studiens syfte att undersöka sjuksköterskors upplevelse av beredskap att bemöta familjer med barn och ungdomar med T2DM. Till följd av detta syfte valdes en kvalitativ ansats (Pollit och Beck, 2017). Syftet ändrades från sjuksköterskors upplevelser av beredskap till det nuvarande varpå det inte var enbart upplevelse som skulle belysas, utan författarna ville även få med sjuksköterskors beredskap fast att de kanske inte hade upplevt ett faktiskt möte med barn med T2DM och deras familj. Vald metod diskuterades och beslut fattades om att behålla en kvalitativ ansats då den ansågs vara mest lämplig för att besvara syftet. En kvantitativ ansats skulle kunna besvara syftet men författarna var mer intresserade av en djupare förståelse för sjuksköterskornas beredskap.

Med barn menar författarna personer under 18 år. I bakgrunden har vissa studier som använts där personer med T2DM i andra åldersgrupper ingått, i dessa fall är detta förtydligt i löpande text. The Belmont Report (1979) belyser vikten av ett rättvist urval där alla som ingår faller inom ramarna för studien ska få möjlighet att delta. I samband med att det geografiska området utökades tvingades författarna att ta ett beslut kring vilka barnmottagningar i landet som skulle inkluderas då det totala antalet ej gått att hantera.

Som ett strategiskt urval togs beslutet att inrikta sig på de större sjukhusen vilket beskrivits i metodavsnittet. Genom detta strategiska urval kan deltagare hittas inom den specifika kontext som undersöks i studien dock kan urvalet även leda till att deltagare runt om i landet på de mindre klinikerna missas (Polit & Beck, 2017).

Under planeringsfasen beslutades att inte undersöka deltagarnas ålder, arbetslivserfarenhet eller kön då detta ej ansågs ha betydelse utifrån syftet eftersom författarna inte planerade att göra kartläggning av beredskap utifrån arbetslivserfarenhet utan undersöka vilken samlad beredskap som fanns. Dock kan nu diskuteras om exempelvis sjuksköterskans antal år inom arbetet kunnat ha betydelse för beredskapen att bemöta dessa familjer då exempelvis erfarenhet visade sig vara en faktor. Under arbetets gång har författarna även reflekterat över studiens inklusionskriterier. Studien skulle kunna ha gynnats av att inkludera även specialistsjuksköterska inom diabetesvård. Detta hade kunnat bidra till fler deltagare samt ett rikare resultat.

Studien besvarade syftet om det finns beredskap att bemöta familjer med barn som drabbats av T2DM på barnmottagning i Sverige, men är troligen inte överförbar till i annan kontext inom hälso- och sjukvården exempelvis vårdcentral där barn med T2DM kan tänkas söka vård.

En enhetschef tackade ja till deltagande i Skåne och personalbrist alternativt att de ej hade några barn med T2DM angavs som anledning till att tacka nej till medverkan bland övriga tillfrågade. Författarna kunde ha varit tydligare i kommunikationen med enhetscheferna och framfört att deltagarna inte behövde ha träffat denna patientgrupp utan att undersökningen handlade om beredskap att bemöta dem. Detta hade möjligtvis genererat fler deltagare. T2DM är fortfarande relativt ovanligt hos barn i Sverige, detta kan ha varit en anledning till att intresset för studien var svalt, dessutom kan det ha funnits en svårighet för verksamheten att se nytta med studien.

Rekryteringen av deltagare var svår och ansträngningarna resulterade i enbart sju deltagare. Nästan hälften av deltagarna rekryterades via privata kontakter vilket kan tolkas som att det fanns ett genuint intresse av att delta som i sin tur styrker studiens trovärdighet. Hur stort urvalet bör vara beror bland annat på syftets bredd och kvaliteten på den data som fås in via deltagarna (Polit & Beck, 2017). Denna studie hade ett brett syfte vilket kunde ha gagnats av ytterligare deltagare samtidigt upplevdes vid analysfasen

att mättnad uppnåddes. Ett bra material kan uppnås trots ett litet urval om deltagarna har olika erfarenheter av det som undersöks och kan ge innehållsrika skildringar (Henricsson & Billhult, 2017). Deltagarna fanns utbredda i hela landet vilket kan ha bidragit till olika perspektiv vilket är en styrka för studien och överförbarheten till barnmottagningar i övriga delar av landet.

Öppna frågor gav ett varierat resultat beroende på deltagarens sätt att se på frågan. Under analysprocessen upptäcktes att intervjufrågorna kunde ha riktats något mer åt beredskap för att ge mer specifikt svar på syftet. För att författarnas förförståelse inte skulle begränsa datainsamlingen avslutades samtliga intervjuer med en öppen fråga där deltagarna fick möjlighet att berätta fritt. Båda författarna kunde inte närvara vid samtliga intervjuer eftersom deltagarnas möjligheter att delta prioriterades framför att båda författare skulle närvara, då flexibilitet och följsamhet gentemot deltagarna eftersträvades (Henricsson & Billhult, 2017). Att genomföra intervjuer över telefon ska inte påverka kvaliteten på intervjun avsevärt (Danielsson, 2017), däremot gav det möjlighet att utföra intervjuer med deltagare runt om i hela landet.

Stora delar av analysprocessen gjordes gemensamt för att öka resultatets tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Möjlighet att bjuda in student-kollegor för genomläsning av transskript och färdig lista på meningsbärande enheter, open coding och kategorier fanns inte, däremot lästes listan igenom av handledare i syfte att stärka giltigheten av resultatet vilket rekommenderades av Lundman & Hällgren Graneheim (2008). I resultatet presenteras citat från intervjuerna som kan anses öka studiens giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Citat som användes var de som ansågs visa resultatet bäst.

Författarnas förförståelse kan ha påverkat frågorna som ställdes under intervjun. Då de eventuellt var styrda av att författarna hade en underliggande förförståelse av att det fanns en bristande beredskap där familjerna hade behov som sjukvården inte kunde uppfylla. Detta ledde till att mer specifika frågor om sjuksköterskornas faktiska beredskap inte ställdes fullt ut. Att denna förförståelse fanns och färgade resultatet av studien var något som författarna insåg under arbetets gång. Lundman & Hällgren Graneheim (2008) beskriver hur kvalitativ forskning ej kan vara oberoende av forskaren utan författarna är delaktiga i skapandet av resultatet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att det fanns en del förutsättningar för sjuksköterskorna att bemöta barn med T2DM och deras familjer. Men också på att det förekommer faktorer som hindrar deras beredskap.

Erfarenhet av närliggande områden är betydande för beredskap att bemöta barn med T2DM och deras familjer. I vår studie framkom att sjuksköterskorna använde sin erfarenhet utifrån tidigare möten med barn med T1DM för att understödja arbetet i vården av barn med T2DM. Vårdpersonalens utbildning förbereder inte för alla typer av olika kliniska situationer som de stöter på utan mycket lärs genom erfarenhet (Sheldon, Barrett & Ellington, 2006). Studier visar att sjuksköterskor är vana vid och beredda på att regelbundet hantera förändringar i sitt arbete (Skår, 2010). Däremot visar Rosenbloom, Silversteina, Amemiyab, Zeilerc & Klingensmithd (2008) att behandlingsstrategierna för T2DM och T1DM är olika. Fördelarna med att använda sig av tidigare erfarenheter är att det ger ökade möjligheter att bemöta exempelvis en ny patientgrupp. Nackdelarna är att det inte är evidensbaserat vilket kan leda till att optimal vård inte ges. Då sjuksköterskorna idag inte har evidens för den omvårdnad de utför i denna patientgrupp behövs undersökas om den aktuella omvårdnaden leder till bättre resultat för patienten eller om det finns andra bättre sätt. Detta skulle ge sjuksköterskorna möjlighet att arbeta både enligt beprövad erfarenhet och evidensbaserat.

Att prata om livsstilsförändringar med barnfamiljer är svårt. En del sjuksköterskor tyckte att detta var utmanande medan andra hade ett brinnande intresse för det. Det fanns en samstämmighet bland sjuksköterskorna om att god kommunikation och bemötande var viktiga delar i omvårdnaden av dessa barn och att de hade god kunskap om detta. Dock kunde utmaningar i bemötandet uppstå vid samtal om övervikt då det uppfattades som ett känsligt ämne enligt vår studie. En annan studie har visat att mer än var 5:e sjuksköterska upplever oro för att lyfta frågan om övervikt med överviktiga patienter eftersom det kan trigga en emotionell reaktion hos patienten (Michie, 2007). Fetma är det största problemet hos barn med T2DM och hantering och behandling av vikten är därmed viktigt (Eva, Kassab, Neohl, Ming, Wong, Hameed, Hong & Sarker, 2018). Sjuksköterskors negativa känslor som exempelvis oro kan komma att försvåra bemötandet av patienter, de behöver

bli bekräftade i sina känslor och i dessa situationer krävs det att sjuksköterskan har självkännedom för ett gott bemötande (Sheldon, Barrett & Ellington, 2006). God kunskap om kommunikation och bemötande med barnfamiljer främjar sjuksköterskornas arbete vid livsstilsrådgivning men trots det uppstår utmaningar, varpå yrkesmässig handledning kan stötta sjuksköterskorna i livsstilsrådgivningssituationer.

Brist på handlingsplan och klara riktlinjer bidrar till en lägre grad av beredskap att möta barn med T2DM och deras familjer. Resultatet av studien visade att det till skillnad från barn med T1DM inte finns någon handlingsplan för barnen med T2DM för sjuksköterskorna att följa och att nationella riktlinjer saknas. Pinhas-Hamiel & Zeitler (2003) beskrev i sin studie hur bristande evidensbaserade riktlinjer var ett hinder i vården av barn med T2DM. Sedan ovanstående studie genomfördes för 17 år sedan har det i USA arbetats fram riktlinjer för den amerikanska diabetesvården av barn med T2DM av ADA (Copeland et al., 2013) och idag finns det klara riktlinjer för amerikanska vårdgivare att luta sig emot för att ge god evidensbaserad vård (ADA, 2019). En studie från 2018 har visat att följsamhet av riktlinjer för diabetesvård som utformats av ADA eller ISPAD kunde resultera i bättre hjärt- och kärlfunktion samt insulinkänslighet hos barn med T2DM (Bjornstad et al., 2018). Avsaknad av nationella rutiner och riktlinjer kan även leda till att patienter får olika vård beroende på var i landet de bor och vilken personal som vårdar. Enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskan arbeta för jämlik vård och hälso- och sjukvårdens resurser (SSF, 2017). Genom att arbeta fram nationella riktlinjer för områden som behandling, omvårdnad, uppföljning och registrering främjas en god, evidensbaserad likvärdig vård över hela landet, dessutom stärker det sjuksköterskan i hets arbete. Internationella riktlinjer finns att tillgå men mer forskning för svenska förutsättningar behövs för att öka beredskapen att bemöta denna växande patientgrupp i Sverige.

Inom barnsjukvård ställs höga krav på sjuksköterskans kunskap för att vårda barn med T2DM. Hen behöver fördjupade kunskaper om diabetes och dess behandling för att främja barnets och familjens hälsa genom egenvårdsundervisning. Sjuksköterskorna i vår studie önskade mer kunskap för att tillgodose familjens behov av coaching i egenvård och besvara frågor gällande behandling. För att vården ska upplevas tillfredsställande har

patienter förväntningar på att sjuksköterskan har kunskap och kompetens, dessutom förväntas sjuksköterskan ha en rådgivande och vägledande roll (Johansson, Oleni & Fridlund, 2002). I en studie av Skår (2010) betonar sjuksköterskor att kommunikationen med patienten och anhöriga är beroende av kunskapen om diagnoser och behandling som sjuksköterskan besitter. Det finns ett behov av att förse sjuksköterskor med utbildning för att rusta för en mer organiserad vård i syfte om att minska det förekommande kunskapsgapet vid behandling av diabetespatienter (Peimani, Tabatabaei Malazay & Pajouhi, 2010). Dessutom beskriver Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård [NOBAB] (u.å.) barnens rätt till att kvalificerad personal som kan bemöta barnets och familjens psykiska och fysiska behov. Att sjuksköterskor efterfrågar mer kunskap inom området tyder på en bristande beredskap. Kunskapen om T2DM hos barn behöver förbättras för att tillgodose barnets och familjens behov av vård men också för att öka sjuksköterskornas beredskap. Dessutom behöver diabetisutbildningen inkludera mer om T2DM hos barn.

Brist på personal och tid inom barnsjukvården leder till att T2DM blir ett nedprioriterat område då andra diagnoser ofta har mer akuta behov. Barnen med T2DM har behov av livsstilsförändringar medan barn med T1DM kan ha akuta livshotande symtom. Resultatet visade att sjuksköterskorna inom diabetesvården ägnade mer tid åt barn med T1DM då arbetet med dessa barn var mer tidskrävande. Det framgick också att det i teamträffar med övriga kompetenser oftast inte hanns med att diskutera barnen med T2DM. Pun, Coates & Benzie (2009) bekräftade i sin studie att hälso- och sjukvårdspersonal upplevde tidsbrist som en barriär för att uppnå optimal vård av barn med T2DM. Pinhas-Hamiel & Zeitler (2003) visade i sin studie att 28% av 220 vårdgivare kunde uppfatta att avsaknaden av akuta symtom hos patienterna påverkade hur vårdbehovet prioriterades. Bristande resurser och tid för patienter som behöver mycket stöd och motivation leder till bristande följsamhet till livsstilsförändringar. Om familjen inte lyckas ändra sin livsstil riskerar barnet en mer svårbehandlad diabetes samt komplikationer vilket på sikt kommer kosta hälso- och sjukvården resurser. Ett strukturerat förbättringsarbete skulle kunna leda till en bättre arbetsmiljö för berörd personal samt bättre vård för barn och deras familjer (Wijk, 2017). Relaterat till bristande resurser i form av tid och personal kan Dorothea Orem's teori om egenvårdsbalans (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012) vara till hjälp. Denna teori grundar sig i att sjuksköterskan stödjer och främjar patientens förmåga att

själv tillgodose sina behov. Detta genom att sjuksköterskorna på barnmottagningen främjar barnen och familjernas förmåga till egenvård och genom empowerment eller self-efficacy kan barnet och familjen efter förmåga ta mer ansvar (Fossum, 2013) för livsstilsförändringar. Vilket på sikt kan leda till att vårdresurser frigörs och familjen kan känna ökat självförtroende. Detta kan bidra till hållbar utveckling både för den enskilda familjen men även för samhället i stort.

SLUTSATS

Resultatet visade att det fanns förutsättningar för beredskap på mottagningarna och att sjuksköterskorna besitter kunskap och erfarenhet av barn med kronisk sjukdom som gått att applicera på även denna patientgrupp. Sjuksköterskorna har vana att arbeta med livsstilsförändringar, familjefokuserad omvårdnad samt gott bemötande. Däremot finns det luckor att fylla för att optimera beredskapen att möta familjer med barn som drabbats av T2DM. Sjuksköterskorna är i behov av mer kunskap om T2DM specifikt hos barn och mer forskning behövs om behandling och läkemedel för just barn med denna diagnos. Beredskapen att möta patientgruppen skulle stärkas av tydliga handlingsplaner och riktlinjer vilket behöver utvecklas nationellt. Sammanfattningsvis behöver barn med övervikt, fetma och T2DM få mer utrymme och resurser i vården för att undvika ytterligare komplikationer och onödigt lidande.

REFERENSER

Amed, S., Islam, N., Sutherland, J., & Reimer, K. (2017). Incidence and prevalence trends of youth-onset type2 diabetes in a cohort of Canadian youth: 2002-2013.

Pediatric Diabetes, 2018(19), 630-636. doi:10.1111/pedi.12631

American Diabetes Association. (2019). Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care*, 42(1), 148-164. doi:10.2337/dc19-S013

Amutha, A., Datta, M., Unnikrishnan, I. R., Anjana, R. M., Rema, M., Narayan, K. M., & Mohan, V. (2011). Clinical profile of diabetes in the young seen between 1992 and 2009 at a specialist diabetes centre in south India. *Primary Care Diabetes Europe*, 5(4), 223-229. doi:10.1016/j.pcd.2011.04.003

Bjornstad, P., Cree-Green, M., Baumgartner, A., Coe, G., Garcia Reyes, Y., Schäfer, M., ... Nadeau, J. K. (2018). Achieving ADA/ISPAD clinical guideline goals is associated with higher insulin sensitivity and cardiopulmonary fitness in adolescents with type 1 diabetes: Results from resistance to Insulin in Type 1 and Type 2 diabetes (RESISTANT) and effects of metformin on CardiovasculaR Function in Adolescents with Type 1 Diabetes (EMERALD) Studies. *Pediatric Diabetes*, 2018(19), 436-442. doi:10.1111/pedi.12598

Brouwer, A. M., Salamon, K. S., Olson, K. A., Fox, M. M., Yelich-Koth, S. L., Fleischman, K. M., ... Kichler, J. C. (2012). Adolescents and Type 2 Diabetes Mellitus: A Qualitative Analysis of the Experience of Social Support. *Clinical Pediatrics*, 51(12), 1130-1139. doi:10.1177/0009922812460914

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466. doi:10.1016/0260-6917(91)90009-Y

Buse, J. B., D'Alession, D. A., & Riddle, M. C. (2018). Can We RISE to the Challenge of Youth-Onset Type 2 Diabetes?. *Diabetes Care* 2018(41), 1560–1562. doi:10.2337/dci18-0025

Caple, C., & March, P. (2018). Diabetes Mellitus, Type 2: Prevention in Children and Adolescents. Hämtad 2020-03-24 från <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=9fb8966-c7db-44e3-9a19-3337f7e74044%40sdc-v-sessmgr03>

Carlsson, A., & Forsander, G. (2012). Diabetes. I. Hanséus, Lagercrantz & Lindberg (Red.), *Barnmedicin* (4:4 s. 531–542). Lund: Studentlitteratur AB.

Copeland, K. C., Silverstein, J., Moore, K. R., Prazar, G. E., Raymer, T., Shiffman, R. N., ... American Academy of Pediatrics. (2013). Management of newly diagnosed type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in children and adolescents. *Pediatrics*, 131(5), 364-382. doi:10.1542/peds.2012-3494

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:3 s.143–153). Lund: Studentlitteratur AB.

Danielsson, P. (2015). Barn med övervikt. I. Hallström & Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (2 s. 345–349). Stockholm: Liber AB.

Diabetesförbundet (2017a). Hur ställs diagnosen? Hämtad 19-03-28 från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diagnos/hur-stalls-diagnosen/>

Diabetesförbundet (2017b). Nationella riktlinjer. Hämtad 19-03-28 från <https://www.diabetes.se/diabetes/diabetesvard/nationella-riktlinjer/>

Divers, J., Mayer-Davis, E. J., Lawrence, J. M., Isom, S., Dabelea, D., Dolan, L., ... Wagenknecht, L. E. (2020). Trends in Incidence of Type 1 and Type 2 Diabetes Among Youths — Selected Counties and Indian Reservations, United States, 2002–2015 (MMWR Vol. 69. No. 6). Hämtad från US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=b0b7c2f3-ae1c-4f66-b30f-af0ffdd54078%40sdc-v-sessmgr02>

Ek, A. E., Rössner, S. M., Hagman, E., & Marcus, C. (2015). High prevalence of prediabetes in a Swedish cohort of severely obese children. *Pediatric Diabetes*, 2015(16), 117-128. doi:10.1111/pedi.12136

Elling, D., Surkan, P.J, Enayati, S., & El-Khatib, Z. (2018). Sex differences and risk factors for diabetes mellitus - An international study from 193 countries. *Globalization and Health*, 14(118). 1-7. doi:10.1186/s12992-018-0437-7

Eva, J. J., Kassab, W. Y., Neoh, F. C., Ming, L. C., Wong, Y. Y., Hameed, M. A., Hong, Y. H., & Sarker, M. R. (2018). Self-Care and Self-Management Among Adolescent T2DM Patients: A Review. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 9(489). doi:10.3389/fendo.2018.00489

Fischetti, N. (2015). Correlates among perceived risk for type 2 diabetes mellitus, Physical activity and dietary intake in adolescents. *Continuing Nursing Education*, 41(3), 126-131. Hämtad 2019-03-26 från <https://www.pediatricnursing.net/ce/2017/article4103126131.pdf>

Fossum, B. (2013). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (2:6 s.199–222). Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2020). Övervikt och fetma fortsätter öka. Hämtad 2020-03-04 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/overvikt-och-fetma--fortsatter-att-oka/>

Haibin, W., Jieming, Z., Min, Y., Hao, W., Weiwei, G., Jin, P., ... Ruying, H. (2017). Incidence and time trends of type 2 diabetes mellitus in youth aged 5–19 years: a population-based registry in Zhejiang, China, 2007 to 2013. *BMC Pediatrics*, 17(85), 1-7. doi:10.1186/s12887-017-0834-8

Hannon, T. S., & Arslanian, S. A. (2015). The changing face of diabetes in youth: Lessons learned from studies of type 2 diabetes. *New York Academy of Sciences*, 1353(2015), 113-137. doi:10.1111/nyas.12939

Hannon, T. S., Rao, G., & Arslanian, S. A. (2004). Childhood Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus. *Pediatrics* 116(2), 473–480. doi:10.1542/peds.2004-2536.

Hardy, K., Hooker, L., Ridgway, L., & Edvardsson, K. (2019). Australian parents' experiences when discussing their child's overweight and obesity with the Maternal and Child Health nurse: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 2019(28), 3610–3617. doi:10.1111/jocn.14956

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:3 s.111–117). Lund: Studentlitteratur AB.

Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002(16), 337–344. doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x

Junfen, F., & Heranmaye, C. P. (2014). Changing Epidemiology of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes in Chinese Youth. *Current Diabetes Reports*, 14(447). doi:10.1007/s11892-013-0447-z

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2:3 s. 57–80). Lund: Studentlitteratur AB.

Linder, B., & Imperatore, G. (2013). Research Updates on Type 2 Diabetes in Children. *National Association of School Nurses*, 138-140. doi:10.1177/1942602X13479402

Lindh, I-B & Blomqvist, K. (2019). Challenges faced in daily life by persons with type 2 diabetes: A meta-synthesis. *Chronic Illness* 2019, 15(3), 167–186. doi:10.1177/1742395318757852

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I. Granskär & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1:3 s. 159–172). Lund: Studentlitteratur AB.

Michie, S. (2007). Talking to primary care patients about weight: A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychology, Health & Medicine*, 12(5), 521-525. doi:10.1080/13548500701203441

Narayan, K. M., Boyle, J. P., Thompson, T. J., Sorensen, S. W., & Williamson, D. F. (2003). Lifetime risk for diabetes mellitus in the United States. *The Journal of American Medical Association*, 290(14), 1884-1890. doi:10.1001/jama.290.14.1884

Nationalencyklopedin (u.å) Beredskap. Hämtad 2019-03-14 från <https://www-ne-se.ezproxy.hkr.se/ordb%C3%B6cker/#!/search/ne-ordbok-sv-sv?q=beredskap>

Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. (2012). Årsrapport 2012 års resultat. Hämtad 2020-03-04 från https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_Swediabkids_2012.pdf

Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. (2013). Årsrapport 2013. Hämtad 2020-03-04 från https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_Swediabkids_2013.pdf

Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. (2014). Årsrapport 2014. Hämtad 2020-03-04 från https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_Swediabkids_2014.pdf

Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. (2015). Årsrapport 2015. Hämtad 2020-03-04 från https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_Swediabkids_2015.pdf

Nationellt register för barn- och ungdomsdiabetes. (2016). Årsrapport 2016. Hämtad 2020-03-04 från https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_Swediabkids_2016.pdf

Nordiskt nätverk för barn och ungas rätt och behov inom hälso- och sjukvård [NOBAB], (u.å). Hämtad 2020-03-04 från http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/NOBABs_plansch.pdf

Peimani, M., Tabatabaei Malazy, O., & Pajouhi, M. (2010). Nurses' Role in Diabetes Care; A review. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 2010(9), 1-9. <http://jdmd.tums.ac.ir/index.php/jdmd/article/view/254/24>

Pinhas-Hamiel, O., Standiford, D., Hamiel, D., Dolan, L. M., Cohen, R., & Zeitler, P. S. (1999). The type 2 family: a setting for development and treatment of adolescent type 2

diabetes mellitus. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(10), 1063-1067.
doi:10.1001/archpedi.153.10.1063

Pinhas-Hamiel, O., & Zeitler, P. (2003). Barriers to the treatment of adolescent type 2 diabetes – a survey of provider perceptions. *Pediatric Diabetes*, 4(1), 24-28.
doi:10.1034/j.1399-5448.2003.00027.x

Pinhas-Hamiel, O., & Zeitler, P. (2005). The global spread of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 146(5), 693-700. doi:10.1016/j.jpeds.2004.12.042

Polit, D. F., & Beck Tatano, C. (2017). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* (10). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:3 s.25–42). Lund: Studentlitteratur AB.

Pun, P. S., Coates, V., & Benzie, I. F. (2009). Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patients' and providers' perspectives: literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(1), 4-19. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.01000.x

Reinehr, T. (2005). Clinical presentation of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 2005(29), 105-110. doi:10.1038/sj.ijo.0803065

Rhodes, E. T., Goran, M. I., Lieu, T. A., Lustig, R. H., Prosser, L. A., Songer, T. J., ... Laffel, L. M. (2012). Health-Related Quality of Life in Adolescents with or at Risk for

Type 2 Diabetes Mellitus. *The Journal of Pediatrics*, 160(6), 911-917.
doi:10.1016/j.jpeds.2011.11.026

Rhodes, E. T., Prosser, L. A., Lieu, T. A., Songer T.J., Ludwig, D. S., & Laffel, L. M. (2011). Preferences for type 2 diabetes health states among adolescents with or at risk of type 2 diabetes mellitus. *Pediatric Diabetes*, 12(8), 724-732. doi:10.1111/j.1399-5448.2011.00772.x

Regionhälsan. (2020). Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning. Hämtad 2020-03-24 från <https://www.vgregion.se/f/regionhalsan/om-regionhalsan/vara-verksamheter/for-patienter/barn--och-ungdomsmedicinsk-mottagning/>

Risholm Mothander, P., & Broberg, A. (2018). *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning, utveckling och samspel*. (1). Stockholm: Natur och Kultur.

Rosenbloom, A. L., Silverstein, J. H., Amemiya, S., Zeitler, P., & Klingensmith, G. J. (2008). Type 2 diabetes mellitus in the child and adolescent. *Pediatric Diabetes* 2008(9), 512–526 doi:10.1111/j.1399-5448.2008.00429.x

Ruhayel, S. D., James, R. A., Ehtisham, S., Cameron, F. J., Werther, G. A., & Sabil, M. A. (2010). An observational study of type 2 diabetes within a large Australian tertiary hospital pediatric diabetes service. *Pediatric Diabetes*, 11(8), 544–551. doi:10.1111/j.1399-5448.2010.00647.x

Salamon, K. S., Brouwer, A. M., Fox, M. M., Olson, K. A., Yelich-Koth, S. L., Fleischman, K. M., ... Kichler, J. C. (2012). Experiencing Type 2 Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*, 38(4), 543-551. doi:10.1177/0145721712445214.

Sheldon, K., L, Barrett, R., & Ellington, L., (2006). Difficult Communication in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141-147. doi:10.1111/j.1547-5069.2006.00091.x

Skår, R. (2010). Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Education Today* 30(2), 132–136. doi:10.1016/j.nedt.2009.06.012

Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. (2013). Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för specialistsjuksköterska i diabetesvård. Hämtad 2020-01-23 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_sjukskoterka.diabetes.vard.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. (2016). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Hämtad 2020-01-23 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_halso-och_sjukvard_for_barn_och_ungdomar.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. (2017). ICNs etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2020-03-05 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

The Belmont Report. (1979). The Belmont Report. Hämtad 2020-03-04 från https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

Venditti, E. M., Tan, K., Chang, N., Laffel, L., McGinley, G., Miranda, N., ... Delahanty, L. (2018). Barriers and strategies for oral medication adherence among children and adolescents with Type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 139(2018), 24-31. doi:10.1016/j.diabres.2018.02.001

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningsred. Hämtad 2020-03-05 från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsred_VR_2017.pdf

Ward, S. L., & Hisley, S. M. (2009). *Maternal-child nursing care: optimizing outcomes for mothers, children & families* (1). Philadelphia: F.A. Davis Company/Publishers.

Weiss, R., Taksali, S. E., Tamborlane, W. V., Burgert, T. S., Savoye, M., & Caprio, S. (2005). Predictors of changes in glucose tolerance status in obese youth. *Diabetes Care*, 28(4), 902-909. doi:10.2337/diacare.28.4.902

Wijk, H. (2017). Förbättringskunskap. I. Lepp & Leksell (Red.), *Vårdpedagogik vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv* (1 s. 136–165). Stockholm: Liber AB.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization [WHO] (u.å). Childhood overweight and obesity. Hämtad 19-03-11 från <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

World Health Organization Europe (u.å). Data and Statistics. Hämtad 19-03-07 från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/data-and-statistics>

BILAGA 1

INTERVJUGUIDE

ÖVERGRIPANDE FRÅGOR

- Vad betyder T2DM hos barn och ungdomar för dig?
- Vilken beredskap tror du finns för att bedöma dessa familjer?
- Vilken kunskap anser du behövs för att bemöta dessa familjer?
- Hur upplever du din kompetens att bemöta dessa familjer?
- Vilket stöd tror du dessa familjer behöver?
- Upplever du några utmaningar i mötet med dessa familjer?
Kunskapsmässiga eller emotionella?
- Vilken är din erfarenhet av att ge information om livsstil till barnfamiljer?
- Hur tänker du kring bemötande av familjer med barn med T2DM jämfört med familjer med barn med annan diabetes (ex typ 1)?
- Har du några tankar kring hur bemötandet av dessa familjer kan bli bättre?

FÖLJDRÅGOR

- Hur menar du
- Kan du utveckla detta
- Vad tänker du kring det
- Hur känner du då
- Vad innebär detta
- Vill du ge exempel