

Passer gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for alle med diabetes 2?

Ingrid Ruud Knutsen

Postdoktor og førsteamanuensis

Institutt for helse og samfunn, UiO og Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, HiOA

Dagmara Bossy

Ph.d.-stipendiat

Institutt for samfunn og helse, UiO og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH)

Christina Foss

Professor

Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for samfunn og helse, Universitetet i Oslo

Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud

Tverrsnittstudie

Diabetes

Sykepleien Forskning 2017 12 (60171) (e-60171)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.60171

Sammendrag

Bakgrunn: Gruppebaserte lærings- og mestringstilbud arrangeres for å øke mestringskompetansen og forebygge komplikasjoner ved diabetes type 2. Det er imidlertid usikkert hvorvidt tilbudet er attraktivt for alle.

Internasjonale studier viser at pasienter som i liten grad følger opp anbefalinger om livsstil og har lav sosioøkonomisk status, er underrepresentert i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud.

Hensikt: Studien undersøker hvor stor andel av et utvalg pasienter med type 2-diabetes som har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud. Vi undersøker også hva som karakteriserer deltakerne og dem som ikke deltar.

Metode: Vi utførte en deskriptiv tverrsnittsstudie, der 298 voksne pasienter med type 2-diabetes fylte ut et spørreskjema. Svarprosenten var 84,2. Kji-kvadrattest og logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å sammenlikne deltakere med ikke-deltakere.

Resultat: Studien inkluderer 61 prosent menn og 39 prosent kvinner med gjennomsnittsalder 60 år. 38 prosent av respondentene har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud. Vi fant signifikante forskjeller på informanter som har deltatt i opplæringstilbud sammenliknet med ikke-deltakere. Et flertall blant kursdeltakerne har høyt utdanningsnivå, og det er flest kvinner blant kursdeltakerne. Røykere er i flertall blant ikke-deltakere. De som deltok på opplæringskurs, var betydelig mer fysisk aktive.

Konklusjon: Funnene viser skjev rekruttering til gruppebaserte lærings- og mestringstilbud og indikerer at det er behov for å utvikle og prøve ut alternative tilbud for å nå flere grupper av befolkningen.

Type 2-diabetes er en sykdom som øker i omfang (1), og som stiller betydelige krav til pasienters egenmestring. I Norge, som i Europa for øvrig, satser helsemyndighetene på gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for å øke mestringskompetansen og bedre etterlevelsen av behandling (2). Fra 1997 er omtrent 60 lærings- og mestringssentre (LMS) etablert i spesialisthelsetjenesten, og disse arrangerer «Startkurs» for pasienter med type 2-diabetes (3). Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, er det også etablert ulike generiske lærings- og mestringstilbud i kommunene for å støtte opp om anbefalt helseatferd. I tillegg driver Diabetesforbundet lokale motivasjonsgrupper.

Sosioøkonomiske faktorer

En oppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten viser at gruppebaserte lærings- og mestringstilbud har positiv effekt på psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom (4). Langtidsstudier indikerer også bedret blodsukkerkontroll hos personer med type 2-diabetes etter gruppebaserte tilbud (4-6). Det er imidlertid usikkert om de gruppebaserte lærings- og mestringstilbudene er like attraktive for alle grupper pasienter. Studier fra andre land viser skjev seleksjon, og forskjellene er relatert til sosioøkonomiske faktorer. Det er lavere deltakelse i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud ved lav sosioøkonomisk status og ved økende alder (7).

En kanadisk tverrsnittsstudie av 46 553 pasienter med diabetes viser signifikante forskjeller mellom dem som deltar og ikke deltar i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. Blant ikke-deltakerne er det en overvekt av personer med lavt utdanningsnivå, høy alder, innvandrerbakgrunn, psykisk sykdom og komorbiditet (8). I tillegg viser en studie at de som rekrutteres til gruppetilbudene, er de som i utgangspunktet har best helseatferd (9), noe som antyder at det er vanskelig å rekruttere mennesker som strever med å opprettholde en hensiktsmessig helseatferd. Studier peker også på at kvinner i større grad enn menn deltar i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud (10, 11).

Skjev seleksjon

Sammenhengen mellom pasienters sosioøkonomiske status, kjønn, helseatferd og deltakelse i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud er ikke undersøkt i Norge, men generelt ser man mindre bruk av helsetjenester i grupper med lav sosioøkonomisk status (12, 13). Det er signifikante sammenhenger mellom sosioøkonomiske forhold og helse (14-16), med høyere forekomst av overvekt (17, 18) og røyking (19, 20), og lite fysisk aktivitet og lavt inntak av frukt og grønt (20, 21) i grupper med lav sosioøkonomisk status. Når det gjelder type 2-diabetes, ser man en økt forekomst i enkelte innvandrergrupper (22), i grupper med lav utdanning (23, 24) og blant uføretrygdete og personer utenfor arbeidslivet (25).

I henhold til Stortingsmelding nr. 20, «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» (15), skal helsetjenestene bidra til å utjevne sosial ulikhet, og LMS beskrives som en viktig arena for nettopp dette (s. 54). Erfaringene fra andre land med at gruppebaserte lærings- og mestringstilbud ikke tiltrekker seg menn og personer med lavere utdanning like mye som andre grupper, peker på behov for å undersøke hvordan dagens tilbud fungerer i Norge. Hensikten med denne studien var å undersøke et utvalg norske pasienter med type 2-diabetes. Vi ønsket å finne ut hvor stor andel som har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud, og hva som karakteriserer dem som deltar, og dem som ikke deltar. Er det forskjeller i sosioøkonomiske faktorer, kjønn og helseatferd?

Metodedel

Vår studie er basert på norske data fra en EU-studie (EU-WISE) som involverer seks europeiske land og er finansiert innenfor 7. rammeverk. Studien fokuserer på sosiale nettverk og egenmestring av type 2-diabetes i vanskeligstilte grupper (26). Selv om EU-WISE har som uttalt mål å nå dem som strever med diabetes, var det ikke kapasitet til å fokusere på innvandrergruppers spesielle utfordringer. I tråd med protokollen i EU-WISE rekrutterte hvert deltakerland 300 personer med type 2-diabetes i by- og landområder til en deskriptiv tverrsnittsstudie (26). Kriterier for inklusjon var at pasienten var diagnostisert med type 2-diabetes, var over 18 år og snakket tilstrekkelig godt norsk til å kunne forstå og fylle ut et spørreskjema.

Vi ekskluderte pasienter med en blanding av type 1- og type 2-diabetes, svangerskapsdiabetes, alvorlig kognitiv svikt, alvorlig psykiatrisk sykdom, terminal sykdom eller som nylig hadde gjennomgått omfattende kirurgisk eller medisinsk behandling. Ved å henvende oss til poliklinikker i spesialisthelsetjenesten ønsket vi å nå de pasientene som var henvist dit av fastlegen, fordi slike pasienter svært ofte strever med å mestre sykdommen og har begynt å utvikle senkomplikasjoner. Via totalt åtte poliklinikker i helseforetak i Øst-Norge inviterte diabetessykepleiere fortløpende pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, til å delta i studien i tidsrommet august 2013 til februar 2014. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Deltakelsen var frivillig, og deltakerne signerte informert samtykke.

Spørreskjemaet

Spørreskjemaet som ble benyttet i EU-WISE, var satt sammen av ulike validerte instrumenter (26).

Studiedeltakerne oppga sosiodemografiske data (kjønn, alder, høyeste fullførte utdanning, yrkesaktivitet, antall husstandsmedlemmer, inntektsnivå og foreldres fødeland). De ble også spurt om de hadde deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud. Komorbiditet ble målt ved egenrapportering, og deltakerne ble spurt om de hadde blitt diagnostisert med

- høyt blodtrykk,
- høyt kolesterol,
- angina,
- hjerteinfarkt,
- hjertesvikt,
- TIA / transischemisk attack («smådrypp»),
- hjerneslag,
- arteriosklerose/claudicatio («røykebein»), eller
- depresjon.

De ble også spurt om de var hjerteoperert.

For å måle helseatferd ble skalaen Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) anvendt (27). SDSCA-skalaen ber respondenten krysse av for hvor mange av de siste sju dagene vedkommende har fulgt opp anbefalt kosthold, vært fysisk aktiv, målt blodsukker og sjekket føttene. Røyking krysses av i ja/nei-kategori. SDSCA er validert internasjonalt. I forbindelse med studien vår har vi fulgt internasjonale prinsipper for oversettelse og tilpasning til norske forhold (28), men utover dette er instrumentet ikke validert på norsk.

Analyse og koding

Avhengig variabel i studien er deltakelse i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. Vi brukte sosiodemografiske data for å beskrive utvalget og sammenliknet sosioøkonomiske forhold, komorbiditet og røyking hos deltakere og ikke-deltakere i gruppebasert lærings- og mestringstilbud. Somatisk komorbiditet ble summert opp (varierte fra null til ni tilleggssykdommer) og inndelt i kategoriene «lite komorbiditet» (null til to sykdommer) og «mye komorbiditet» (tre eller flere sykdommer). Som indikator på psykisk helse ble depresjon analysert som egen kategori.

Når det gjaldt helseatferd siste sju dager, delte vi de kontinuerlige dataene i tre strata: De som ikke fulgte opp sykdommen (null dager i uken), representerte referansegruppen. De som fulgte opp sykdommen noe, det vil si én til fire dager i uken, representerte ett stratum mens de som fulgte opp mye, det vil si fem til sju dager i uken, representerte et annet stratum. Videre ble kjønn krysstabulert med sosioøkonomiske variabler for oversikt over variasjon og sammenliknbarhet mellom menn og kvinner i utvalget. Vi undersøkte statistiske forskjeller med kji-kvadrattest og logistisk regresjonsanalyse. P-verdi for signifikans ble satt til $< 0,05$. Vi utførte analysene ved hjelp av IBM SPSS Statistics versjon 23.

Hovedresultat

Vi spurte 362 pasienter om å delta i studien, og 298 samtykket (svarprosent 82,4 prosent). Utvalget er presentert i tabell 1. Tabellen viser at utvalget har en gjennomsnittsalder på 60 år, og at det er en liten overvekt av menn. Noe under halvparten er i fulltids- eller deltidsarbeid, mens en fjerdedel er arbeidsledig, trygdet eller sykmeldt. Nesten halvparten har kun grunnskoleutdanning, og to tredjedeler har årsinntekt tilsvarende eller lavere enn 350 000 kroner. De aller fleste har foreldre født i Norge eller et europeisk land.

«Andelen kvinner og høyt utdannede blant deltakerne er høyere, og andelen røykere lavere.»

På spørsmål om deltakelse i gruppebasert lærings- og mestringstilbud svarer 112 (38 prosent) at de har deltatt, mens de resterende ikke har deltatt. Når det gjelder sosioøkonomiske forhold, er det signifikante forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud på områdene kjønn, utdanningsnivå og røyking ($p < 0,05$). Andelen kvinner og høyt utdannede blant deltakerne er høyere, og andelen røykere lavere. Det er indikasjon på samvariasjon mellom lavere deltakelse i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud og pasienter med mye komorbiditet, men dette er usikkert ettersom forskjellen ikke er signifikant ($p = 0,055$).

Tabell 1: Beskrivelse av utvalg, sosioøkonomiske faktorer, komorbiditet og røyking

Variabel	Totalt	Kursdeltakere (n = 112)	Ikke-deltakere (n = 186)	Kji-kvadrat	p-verdi
Kjønn n (%)					
Menn	182 (61)	60 (53,6)	122 (65,6)	4,248	0,039*
Kvinner	116 (39)	52 (46,4)	64 (34,4)		
Alder					
Gjennomsnitt år	60,0 (22–85) SD (11,48)				
<60 n (%)	136 (45,6)	53 (47,3)	83 (44,6)	0,205	0,651
>60	162 (54,4)	59 (52,7)	103 (55,4)		
Arbeidssituasjon n (%)					
Jobber fulltid eller deltid	131 (45,5)	50 (45,9)	81 (44,8)		
Pensjonist, arbeidsledig, uføretrygdet	159 (54,5)	59 (53,2)	100 (55,2)	0,034	0,853
Utdanningsnivå n (%)					
Grunnskole, ungdomsskole, realskole	141 (47,5)	45 (40,2)	96 (51,9)	8,070	0,018*
Gymnas, videregående skole	82 (27,6)	29 (25,9)	53 (28,6)		
Høyskole, universitet	74 (24,9)	38 (33,9)	36 (19,5)		
Inntekt n (%)					
Lav (<350 000 kr)	204 (68)	69 (62,2)	134 (72,0)	3,137	0,077
Høy (>350 000 kr)	96 (32)	42 (37,8)	52 (28,0)		
Husstandsmedlemmer n (%)					
Bor alene	92 (30,7)	36 (31,6)	56 (30,1)	0,136	0,713
Bor sammen med én eller flere andre	208 (69,3)	76 (67,9)	130 (69,9)		
Røyker n (%)					
Ja	69 (23,1)	16 (14)	53 (28,6)	8,070	0,005*
Nei	230 (76,9)	96 (85,7)	132 (71,4)		
Somatisk komorbiditet n (%)					
Lite (<2 tilleggssykdommer)	198 (66,4)	82 (73,2)	116 (62,4)	3,690	0,055
Mye (>3 tilleggssykdommer)	100 (33,6)	30 (26,8)	70 (37,6)		
Depresjon n (%)					
Ja	72 (24)	26 (22,8)	46 (24,7)	0,088	0,767
Nei	228 (76)	88 (77,2)	140 (75,3)		
Mors/fars avstamning n (%)					
Europeisk	285 (95) / 289 (96,4)				
Asiatisk	11 (3,7) / 9 (3)				
Andre	4 (1,3) / 2 (0,7)				

*signifikant sammenheng

I tabell 2 sammenliknes kvinner og menn i utvalget med tanke på sosioøkonomiske forhold. Vi finner to signifikante forskjeller mellom gruppene; mennene i studien er eldre enn kvinnene, mens kvinnene har lavere inntekt. Helseatferd fremkommer i tabell 3, og resultatene viser at mosjon helt klart øker oddsene for å delta på opplæringstilbud, der daglig fysisk aktivitet viser OR lik 0,4, og fysisk aktivitet én til fire dager i uken viser OR lik 0,32. Fotpleie (én til fire dager i uken) er omvendt assosiert med OR lik 2,6. Funnene i tabell 3 står fast når vi kontrollerer for kjønn.

Tabell 2: Sammenlikning av kvinner og menn i utvalget

Variabel	Kvinner (116)	Menn (182)	Kji-kvadrat	p-verdi
Alder n(%)				
<60 / >60	63 (54,3) / 53 (45,7)	73 (40,1) / 109 (59,9)	5,758	0,016*
Arbeidssituasjon n (%)				
Jobber fulltid eller deltid	67 (59,8)	92 (51,7)		
Pensjonist, arbeidsledig, ufør	45 (40,2)	86 (48,3)	1,837	0,175
Utdanningsnivå n (%)				
Grunnskole, ungdomsskole, realskole	56 (48,3)	85 (47)		
Gymnas, videregående skole	33 (28,4)	49 (27,1)		
Høyskole, universitet	27 (23,3)	47 (26)	0,280	0,869
Inntekt n (%)				
Lav (<350 000) / Høy (>350 000)	99 (85,3) / 17 (14,7)	104 (57,5) / 77 (42,5)	25,413	0,000*
Husstandsmedlemmer n (%)				
Bor alene / bor med én eller flere	39 (33,6) / 77 (66,4)	53 (29,1) / 129 (70,9)	0,672	0,412
Komorbiditet n (%)				
Lite (<2) / Mye (>3)	82 (70,7) / 34 (29,3)	116 (63,7) / 66 (36,3)	1,536	0,215
Depresjon n (%)				
Ja/nei	29 (25) / 87 (75)	43 (23,6) / 139 (76,4)	0,073	0,787
Røyking n (%)				
Ja/nei	29 (25,2) / 86 (74,8)	40 (22) / 142 (78)	0,415	0,520

*signifikant sammenheng

Tabell 3: Kursdeltakelse relatert til helse og livsstilsfaktorer

Uavhengige variabler	B	Signifikans	OR
Kosthold			
Følger anbefalt diett			
1–4 dager per uke	−0,728	0,152	0,483
5–7 dager per uke	−0,917	0,054	0,400
Spiser 5 eller flere porsjoner med frukt og grønt			
1–4 dager per uke	−0,156	0,699	0,856
5–7 dager per uke	−0,461	0,257	0,631
Mosjon			
Minst 30 min sammenhengende fysisk aktivitet			
1–4 dager per uke	−1,166	0,013*	0,321
5–7 dager per uke	−1,321	0,005*	0,267
Blodsuktermåling			
Måler blodsukker			
1–4 dager per uke	0,058	0,895	1,059
5–7 dager per uke	0,117	0,772	1,125
Fotpleie			
Sjekker føttene			
1–4 dager per uke	0,947	0,002*	2,577
5–7 dager per uke	0,559	0,099	1,750

*p signifikant <0,05

Diskusjon

Gjennomgående peker funnene på at det er skjev seleksjon til gruppebaserte lærings- og mestringstilbud, i tråd med det som er funnet i andre land (7-9). Blant dem som ikke har deltatt i gruppebasert opplæringstilbud, ser vi en tendens til dårligere helseatferd (røyking) og indikasjon på dårligere helse (mer komorbiditet). I tillegg ser vi at det er større sannsynlighet for at de som deltar på opplæringstilbud, driver med noe eller mye fysisk aktivitet. På denne måten underbygger funnene at pasienter med mindre hensiktsmessig helseatferd deltar mindre, til tross for at det kanskje kan sies at disse pasientene er av dem som trenger hjelp til mer helsefremmende mestringsstrategier. Flere kvinner hadde deltatt på gruppebasert opplæring, men det faktum at mennene i utvalget har høyere alder enn kvinnene, kan delvis forklare lavere kursdeltakelse. Dette er i tråd med funn fra andre studier (6, 7).

Det er grunn til å tro at andelen som har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud i denne studien, er noe høy i forhold til hele populasjonen med type 2-diabetes. Rekrutteringen til studien foregikk på diabetespoliklinikker, og personellet på poliklinikkene er ofte medarrangører på LMS-kurs. Man kan følgelig anta at personell ved poliklinikkene aktivt rekrutterer sine pasienter til kurs.

Flere kvinner benytter tilbud

Skjev kjønnsseleksjon med overvekt av kvinner blant deltakerne i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud er i overensstemmelse med funn fra andre studier, som viser at kvinner med type 2-diabetes i større grad benytter sosiale interaktive opplæringstilbud enn menn (11, 29). Dette begrunner vi med at menn ofte er mindre åpne om diagnosen og foretrekker en mer «privat» tilnærming til kronisk sykdom, for eksempel gjennom skriftlig informasjon og internett (29). Vi vet lite om årsaken til at denne typen preferanser er ulike. Imidlertid viser en studie at gruppedeltakere på lærings- og mestringskurs sammenlikner seg med hverandre og opplever at noen deltakere fremstår som «flinke», mens de som strever, opplever seg som «tapere» i gruppen (30). En norsk studie viser at tilhørighet og posisjon i gruppen kan påvirke deltakelsen i mestringsgrupper (31).

«Tilhørighet og posisjon i gruppen kan påvirke deltakelsen i mestringsgrupper.»

Funnene om gruppedynamikk kan forklare hvorfor få røykere i studien har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud. Tidligere studier viser at røykere føler seg stigmatisert og får uønsket oppmerksomhet i gruppesammenhenger (32, 33). Gruppesettingen rundt lærings- og mestringstilbud kan følgelig oppleves som utfordrende. Derfor vil diabetessykepleiere, fastleger og legespesialister neppe nå alle pasientene, selv om de har økt oppmerksomhet på å henvise utsatte pasientgrupper til gruppebaserte lærings- og mestringstilbud. I en kvalitativ dansk studie (34) relatert til pasienter som ikke ønsker å delta i gruppebaserte lærings- og mestringstilbud, peker pasientene på fire utfordringer med kurs. Disse utfordringene er knyttet til følgende:

- manglende fleksibilitet i kursopplegg (med for høy intensitet og ønske om fastsatte starttidspunkter og pauser som ikke er for stramme)
- opplæringsmetoder (med ønske om lettforståelig, hands-on undervisning, aktiv deltakelse og tydelig fokusering uten for mange valg)
- for store grupper (med ønske om smågrupper på seks til sju personer)
- manglende respekt fra helsepersonell

Studien peker på at lav deltakelse i gruppebaserte tilbud i større grad handler om faktorer i kursformen enn pasientenes personlige karakteristika. Igjen leder dette til spørsmål om hvorvidt ensidig satsing på gruppebaserte lærings- og mestringstilbud har potensial til å nå alle pasientgruppene. Det stiller også spørsmål om hvorvidt tilbudet vi har i dag, er godt nok.

Helse og sosialt nettverk

Dårlig helse i vanskeligstilte grupper sammenfaller med lite sosialt nettverk og lite ressurser i det nettverket de har (35). Et alternativ er derfor å utvikle intervensjoner for å styrke nettverkene og nærmiljøet rundt pasientene. Oppmerksomheten må flyttes fra individet og individets evne til å kontrollere og endre seg selv, til faktorer utenfor individet og individets selvkontroll (36). Livsstil og helse formes og spilles ut i det sosiale rommet som omgir pasienten. Med denne forståelsen kan man se på potensielle ressurser i nettverket og lokalmiljøet som en alternativ tilnærming til mennesker som strever med å mestre diabetes type 2. Økt sosial aktivitet utenfor helsevesenet og de tradisjonelle «helsearenaene» kan representere helsefremmende tiltak for pasienten med diabetes 2, uten at personen, sykdommen og endringer står i sentrum.

«Når det satses på pasientopplæring i Norge, fokuseres det ensidig på gruppebaserte lærings- og mestringstilbud.»

Som helsepersonell har vi ansvar for å tilgodese alle grupper av befolkningen og prøve ut flere tilnærminger for å nå frem med helseinformasjon til flere, og dermed redusere sosial ulikhet i helse (37). Når det satses på pasientopplæring i Norge, fokuseres det ensidig på gruppebaserte lærings- og mestringstilbud, og det er tilsynelatende få motforestillinger mot at tilbudet ikke passer like godt for alle grupper (38). Vår studie indikerer at det er et behov for å tenke nytt og annerledes, og fokusere utover individuelle faktorer i læringstilbudene.

Et bredere lærings- og mestringstilbud er hensiktsmessig for å nå de pasientene som er vanskelige å rekruttere til gruppebaserte tilbud. Vi trenger dessuten mer kunnskap om hva pasientgrupper som ikke deltar, ønsker seg. Med den økende forekomsten av type 2-diabetes (1) utgjør manglende lærings- og mestringstilbud en alvorlig problemstilling med tanke på helse, senkomplikasjoner og økt lidelse. På samfunnsplan vil manglende mestring og uhensiktsmessig helseatferd bidra til økte behandlings- og oppfølgingskostnader. Oppmerksomhet på og bevissthet rundt sosiale helseforskjeller er et viktig helsepolitisk satsingsområde (15), som dessverre til nå har fått relativt liten oppmerksomhet innen sykepleieforskningen.

Metodiske vurderinger

Hensikten med studiens rekrutteringsstrategi via poliklinikker i spesialisthelsetjenesten var å få et utvalg som inkluderte pasienter med kompleks sykdom, og som strever med å mestre sin diabetes type 2. I tråd med statistikken er svak mestring og kompleks sykdom hyppigere i befolkningsgrupper med lav sosioøkonomisk status (24). Generelt er det krevende å rekruttere personer med lav sosioøkonomisk status til å delta i forskning (39). Bildet som tegnes av utvalget i denne studien (tabell 1), viser at en fjerdedel er trygdet eller sykmeldt, en tredjedel bor alene og har inntekt som er lavere enn gjennomsnittet, og en av tre rapporterer mye komorbiditet. Til sammenlikning er andelen på uføretrygd i den norske befolkningen i alderen 18–67 år 9 prosent (40).

I studien rapporterte 47,7 prosent at de hadde utdanning på grunnskolenivå, mens tallet er i underkant av 30 prosent i befolkningen blant dem som er 60 år og eldre (41). Med denne sammenlikningen mener vi at vi kan anslå å ha fått et utvalg i tråd med intensjonen. Utvalgets representativitet i forhold til totalpopulasjonen med type 2-diabetes i Norge er imidlertid noe usikker. Når det gjelder sykkelighet, viser data fra NOKLUS-registeret at 5,5 prosent har hatt hjerneslag (42), mens tilsvarende tall i denne studien er på 5,3 prosent. NOKLUS-registeret er basert på 16 223 norske pasienter med type 2-diabetes. Andre tall er vanskelige å sammenlikne. Selv om andelen med hjerneslag er omtrent lik NOKLUS-populasjonens andel, kan vi ikke garantere utvalgets representativitet. All generalisering bør derfor utøves med varsomhet.

Helsetilstanden til informantene i studien er basert på selvrapportering, noe som kan representere en svakhet i studien. Holseter og medarbeidere finner imidlertid at selvrapportering gir valide data ved fremstilling av helseforskjeller, også når ulike sosiale grupper sammenliknes (43). Det er få respondenter med innvandrerbakgrunn i studien, noe som sannsynligvis skyldes at spørreskjemaet var på norsk. Diabetessykepleierne som rekrutterte til studien, bekreftet at informanter med annen kulturbakgrunn ikke klarte å fylle ut spørreskjemaet på grunn av språkutfordringer. Avgjørelsen om ikke å oversette spørreskjemaet til minoritetsspråk var en felles beslutning i EU-WISE og relatert til økonomi. Vi har derfor ikke fått med deltakere med annen kulturbakgrunn, som er en viktig og utsatt gruppe når det gjelder type 2-diabetes, sosioøkonomisk status og helseatferd (22). Dette er en svakhet i studien vår.

Konklusjon

Resultatene viser at mer enn halvparten av informantene ikke har deltatt i gruppebasert lærings- og mestringstilbud, og seleksjonen til pasienttilbudene blant personer med type 2-diabetes i Norge er skjev. Det er en høyere deltakelse blant kvinner og personer med høy utdanning, mens røykere og personer med mye komorbiditet deltar mindre. Det er også høyere odds for deltakelse blant pasienter som er fysisk aktive og dermed har bedre helseatferd. Funnene er i overensstemmelse med funn fra internasjonale studier, som viser at enkelte grupper ikke drar nytte av gruppebaserte lærings- og mestringstilbud som det i dag satses mye på. Studien vår synliggjør et behov for mer kunnskap om hvilke tilbud som kan passe for de gruppene av pasienter som i dag ikke finner eksisterende tilbud attraktive. Studien antyder også et behov for mer målrettet rekruttering til eksisterende tilbud. For å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller ser det ut til å være viktig å satse på tilnærminger som går utover tilbud med klar individorientering, for å nå frem til flere grupper i befolkningen.

Referanser

1. Midthjell K, Lee C, Krokstad S, Langhammer A, Holmen T, Hveem K. Obesity and type 2 diabetes still increase while other cardiovascular disease risk factors decline. The HUNT Study, Norway. *Obesity reviews* 2010;11 (suppl):58.
2. Blakeman T, Bower P, Reeves D, Chew-Graham C. Bringing self-management into clinical view: a qualitative study of long-term condition management in primary care consultation. *Chronic Illness* 2010;6:136–50.
3. Hvinden K. Etablering av lærings- og mestringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I: Lerdal A, Fagermoen MS (red.). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011. s. 48–62.
4. Austvoll-Dahlgren A, Nøstberg A, Steinsbekk A, Vist G. Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring: en oppsummering av systematiske oversikter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
5. Deakin T, McShanes C, Cade J, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2009;2.
6. Steinsbekk A, Rygg L, Lisulo M, Rise M, Fretheim A. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research* 2012;12:213.
7. Mielck A, Reitmeir P, Rathmann W. Knowledge about diabetes and participation in diabetes training courses: The need for improving health care for diabetes patients with low SES. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2006;114:240–8.
8. Cauch-Dudek K, Victor J, Sigmond M, Shah B. Disparities in attendance at diabetes self-management education programmes after diagnosis in Ontario, Canada: a cohort study. *BMC Public Health* 2013;13(85).
9. Schäfer I, Küver C, Gedrose B, von Leitner E, Treszl A, Wegscheider K et al. Selection effects may account for better outcomes of the German Disease Management Program for type 2 diabetes. *BMC Health Services Research* 2010;31(10):351.
10. Graziani C, Rosenthal M, Diamond J. Diabetes education program use and patient-perceived barriers to attendance. *Family Medicine* 1999;31(5):358–63.
11. Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 2012;13:122–35.
12. Jensen A. Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt. Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2009.
13. Vikum E, Bjørngaard J, Westin S, Krokstad S. Socioeconomic inequality in health care utilization over 3 decades; the HUNT study. *European Journal of Public Health* 2013;23(6):1003–10.
14. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:e13.
15. St.meld. nr. 20 (2006–2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet.
16. WHO. Social determinants of health: the solid facts. 2. utg. København: World Health Organization, 2003.
17. Lien N, Kumar B, Holmboe-Ottesen G, Klepp K, Wande I. Assessing social differences in overweight among 15- to 16-year-old ethnic Norwegians from Oslo by register data and adolescent self-reported measures of socioeconomic status. *International Journal of Obesity* 2007;31(1):30–8.
18. Tverdal A. Forekomsten av fedme blant 40–42-åringer i to perioder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:667–72.

19. Lund K, Lund M. Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidssk Nor Lægeforen* 2005;5:560-3.
20. Øvrum A, Gustavsen G, Rickertsen K. Age and socioeconomic inequalities in health: Examining the role of lifestyle choices. *Advances in Life Course Research* 2014;19:1-13.
21. Øvrum A. Socioeconomic status and lifestyle choices: evidence from latent class analysis. *Health Econ* 2011;20:971-84.
22. Jenum A, Diep L, Holmboe-Ottesen G, Holme I, Kumar B, Birkeland K. Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians – the association with adiposity is strongest for ethnic minority women. *BMC Public Health* 2012;1(12):150.
23. Jenum A, Holme I, Graff-Iversen S, Birkeland K. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban western society. *Diabetologia* 2005;48:435-9.
24. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011;40:804-18.
25. Hewitt S, Graff-Iversen S. Risk factors for cardiovascular diseases and diabetes in disability pensioners aged 40-42: A cross-sectional study in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009;37:280-6.
26. Koetsenruijter J, van Lieshout J, Vassilev I, Portillo M, Serrano M, Knutsen I et al. Social support systems as determinants of self-management and quality of life of people with diabetes across Europe: study protocol for an observational study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014;12(29).
27. Toobert D, Hampson S, Glasgow R. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000;23:943-50.
28. Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology* 2010;10(13).
29. Gucciardi E, Wang S, DeMelo M, Amaral L, Stewart D. Characteristics of men and women with diabetes: observations during patients' initial visit to a diabetes education centre. *Can Fam Physician* 2008;Febr 54(2):219-27.
30. Rogers A, Gately C, Kennedy A, Sanders C. Are some more equal than others? Social comparison in self-management skills training for long-term conditions. *Chronic Illness*. 2009;5(4):305-17.
31. Sandaunet A-G. The challenge of fitting in: non-participation and withdrawal from online self-help group for breast cancer patients. *Sociology of Health & Illness*. 2008;30(1):131-44.
32. Stuber J, Galea S, Link B. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Soc Sci Med* 2008;67(3):420-30.
33. Sæbø G. «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt ...» Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken. Oslo: SIRUS-rapport 3/2012.
34. Torenholt R, Varming A, Englund G, Vestergaard S, Møller BL, Pals RA, Willaing I. Simplicity, flexibility, and respect: preferences related to patient education in hardly reached people with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence* 2015;Nov 5(9):1581.
35. Gele A, Harsløf I. Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population. *International Journal of Equity in Health* 2010;9(8).
36. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J et al. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic Illness* 2011;7(1):60-86.
37. Gopinathan U, Iversen J. Hva kan helsepersonell gjøre med sosiale helseforskjeller? *Tidssk Nor Lægeforen* 2011;131:1560-2.

38. Solberg H, Steinsbekk A, Solbjør M, Granbo R, Garåsen H. Characteristics of a self-management support programme applicable in primary health care: a qualitative study of users' and health professionals' perceptions. *BMC Health Serv Res* 2014;14:562.
39. Honningsvåg L, Linde M, Håberg A, Stovner L, Hagen K. Does health differ between participants and non-participants in the MRI-HUNT study, a population based neuroimaging study? The Nord-Trøndelag health studies 1984–2009. *BMC Medical Imaging* 2012;12(23).
40. Grebstad U, Hetland A. Uføretrygd og sosialhjelp - to ulike formål. *Samfunnsspeilet*. 2014;5:47–53.
41. Statistisk sentralbyrå. Befolkningens utdanningsnivå. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/utniv (Nedlastet 29.06.2016). 2015.
42. Løvaas K, Madsen T, Cooper J, Thue G, Sandberg S. Norsk diabetesregister for voksne. Årsrapport for 2014 med plan for forbedringstiltak. Bergen: 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.noklus.no/Portals/2/Diabetesregisteret/Arsrapport%20Norsk%20diabetesregister%20for%20voksne%202014.pdf>
43. Holseter C, Dalen J, Krokstad S, Eikemo T. Selvrapportert helse og dødelighet i ulike yrkesklasser og inntektsgrupper i Nord-Trøndelag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2015;5(135):434–8.