



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

HUR PATIENTER MED DIABETES TYP 2 UPPLEVER DIABETESSJUKSKÖTERS STÖD I EGENVÅRDEN

En kvalitativ intervjustudie

Samra Dzafic

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/ Vt 2018
Handledare:	Eva Jacobsson Ung
Examinator:	Carina Sparud Lundin

Titel svensk:	Hur patienter med diabetes typ 2 upplever diabetessjuksköterskans stöd i egenvården
Titel engelsk:	How patients with type 2 diabetes experience the diabetes specialist nurse support in their self-management
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017/ Vt 2018
Handledare:	Eva Jacobsson Ung
Examinator:	Carina Sparud Lundin
Nyckelord:	Diabetes typ 2, upplevelse, egenvård, utbildning, egenvårdsstöd.

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom och ett växande folkhälsoproblem. Sjukdomen kräver en omfattande egenvård för att hålla blodglukosnivåerna optimala och för att minska riskerna för komplikationer. Diabetessjuksköterskan spelar en viktig roll i att stödja patienterna i att självständigt kunna hantera diabetessjukdomen i det dagliga livet och därmed uppleva hälsa.

Syfte: Att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever diabetessjuksköterskans stöd i egenvården.

Metod: En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes till studien. Sju patienter med typ 2 diabetes intervjuades. En kvalitativ innehållsanalys av insamlad data genomfördes.

Resultat: Vid analysen framkom två huvudkategorier och sex underkategorier. De två huvudkategorier var: *Utbildning som stöd i egenvården*, och *Vårdrelation som stöd i egenvården*. Studiens resultat visade att patienterna upplevde att stöd i form av kunskaps- och informationsförmedling samt vårdrelationen med diabetessjuksköterskan var avgörande för att patienterna ska kunna integrera egenvården i det dagliga livet.

Slutsats: Stöd från diabetessjuksköterska är av stor betydelse för att patienternas egenvårdsförmåga ska utvecklas. En förutsättning för detta är att diabetessjuksköterskan anammar ett personcentrerat förhållningssätt och är medveten om patienternas individuella förutsättningar och behov. Ett personcentrerat förhållningssätt stärker patientens egen förmåga, patient empowerment.

Nyckelord: Diabetes typ 2, upplevelse, egenvård, utbildning, egenvårdsstöd.

Abstract

Background: Diabetes type 2 is a chronic disease and a growing public health problem. The disease requires extensive self-management to keep blood glucose levels optimal and reduce the risk of complications. Diabetes specialist nurse plays an important role in supporting the patients in autonomously managing diabetes disease in daily life and their experience of health.

Aim: To describe how patients with type 2 diabetes experience the diabetes specialist nurse support in their self-management.

Method: A qualitative method with inductive approach was chosen for the study. Seven patients with type 2 diabetes were interviewed. A qualitative content analysis was used in the analysis of the collected data.

Result: Two main categories and six subcategories were identified in the analysis. The two main categories were: *Education as support for self-management*, and *Nurse-patient relationship as support of self-management*. The results of the study showed that the patients experienced that support in the form of patient education and the nurse-patient relationship were crucial for the patients to integrate self-management in their daily lives.

Conclusion: Support from diabetes specialist nurse is important for the patient's self-management to develop. It is important to achieve a person-centered approach, where the diabetes specialist nurse is aware of the patient's individual situation and needs. A person-centered approach strengthens the patient's own ability, patient empowerment.

Keyword: Diabetes type 2, experience, self-management (self-care), education, self-management support.

Förord

Jag vill tacka min handledare Eva Jacobsson Ung för hennes engagemang i mitt arbete.
Tack till min familj för all kärlek och stöd jag fick under arbetets gång.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Diabetes typ 2; fakta och beskrivning	1
Behandling av diabetes typ 2.....	3
Komplikationer vid diabetes typ 2.....	4
Diabetessjuksköterskans roll	4
Teoretisk referensram	5
Patient empowerment.....	6
Egenvård	7
Studier som beskriver stöd i egenvården vid diabetes	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod	9
Design.....	9
Urval	9
Datainsamling.....	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska övervägande.....	11
Resultat.....	12
Utbildning som stöd i egenvården	13
Kunskaps- och informationsförmedling ökar självständigheten och gör vardagen begriplig	13
Erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar	14
Ömsesidigt lärande ökar öppenhet för att lära sig egenvården	15
Vårdrelation som stöd i egenvården	16
Kontinuitet och individanpassat stöd leder till ömsesidigt förtroende och teamkänsla....	16
Stöd i att fatta självständiga beslut ger handlingskraft i egenvården.....	17
Känslomässigt stöd minskar stress och negativa upplevelser av egenvården.....	18
Diskussion	19
Metoddiskussion.....	19

Resultatdiskussion	20
Utbildning som stöd i egenvården	21
Vårdrelation som stöd i egenvården	23
Slutsats	25
Klinisk implikation	25
Förslag till vidare forskning.....	25
Referenslista	26
Bilagor	32
Bilaga 1	32
Bilaga 2.....	33

Inledning

Diabetes är en av vår tids vanligaste ämnesomsättningsjukdomar och är ett växande globalt folkhälsoproblem. Världshälsoorganisationens (WHO) och Internationella diabetesfederationens (IDF) prognos är att diabetes kommer att stiga i världen från 425 miljoner per år 2017 till 693 miljoner fram till år 2045 (IDF, 2017). Stegringen är störst i utvecklingsländerna som står för 80 % av diabetesbördan men en betydande stegring väntas också i industriländerna (Allgot, 2013). Diabetes typ 2 står för majoriteten av de diagnostiserade fallen (IDF, 2017; Allgot, 2013).

Diabetes typ 2 är förenad med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, ökad risk för depression och död (Egg-Oloffson, Cederholm, Nilsson, Zethelius, Svensson, Gudbjörnsdottir & Eliasson 2010; Lind et al., 2014). Förutom att diabetes kan innebära lidande för de drabbade medför det stora kostnader för samhället. Kostnaderna kopplas främst till sjukdomens komplikationer som i sin tur leder till sjukskrivningar och långvarig sjukhusvård. För att förhindra utvecklingen av diabetessjukdomen krävs en omfattande och komplicerad egenvård (Nathanson, Sabale, Ericsson, Nyström, Norhammar, Olsson & Boström, 2017). Diabetessjuksköterskan har en central roll i att stödja patienter med typ 2 diabetes att hantera diabetessjukdomen i det dagliga livet. Målet med en diabetessjuksköterskas arbete är att bidra med kunskap så att personen med diabetes stärks i sin egen förmåga och kan leva ett så bra liv som möjligt. Det finns en kunskapslucka kring hur patienter upplever stödet från diabetessjuksköterskan vid diabetes typ 2 och min förhoppning med den här studien är att den kan bidra till viktig fördjupad kunskap om detta.

Bakgrund

Diabetes typ 2; fakta och beskrivning

I det svenska Nationella Diabetesregistret (NDR) finns det 417 827 människor registrerade under år 2017 med en diabetesdiagnos. Nästan 85 % av de diagnostiserade fallen har diagnosen diabetes typ 2 (NDR, 2017). I Sverige finns det en stor andel av odiagnostiserade fall vilket försvårar en korrekt bedömning av incidens och prevalens av diabetes typ 2 (Allgot, 2013). Nathanson et. al (2017) gjorde en nationell cost-of-illness-studie och har beräknat sjukdomskostnader för diabetes typ 2 mellan åren 2006-2014. De fann att kostnaderna fördubblades från 5,5 miljarder år 2006 till 11,6 miljarder år 2014. Detta främst pga. ett ökat antal patienter med diabetes typ 2 och behandling av följsjukdomar. Andelen patienter som behandlas för diabetes typ 2 ökar och har nyligen rapporterats omfatta 4,4 % av befolkningen i Sverige (a.a).

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som kännetecknas av en relativ insulinbrist och en insulinresistens som resulterar i stigande glukosnivåer i blodet. Den debuterar oftast i vuxenålder och är en ärftlig sjukdom som förutom det genetiska arvet har stark koppling till livsstils- och miljöfaktorer. De främsta riskfaktorer att utveckla diabetes typ 2 är övervikt, fysisk inaktivitet och ålder. Övervikt (BMI>25) är en starkt bidragande faktor genom att den leder till minskad känslighet för insulin (insulinresistens) i muskel- och fettvävnaden. Fysisk inaktivitet bidrar till övervikt genom minskad kaloriförbrukning och försämrat glukosupptag i muskler (minskad glukostolerans). Med stigande ålder minskar fysisk aktivitet och kroppsvikten ökar vilket också medför insulinresistens (Groop, Lyssenko & Renström, 2011).

Symptom vid diabetes typ 2 är törst, polyuri och trötthet som orsakas av hyperglykemi. Symptomen är vaga och utvecklas långsamt över lång tid. Personen med diabetes anpassar sig gradvis till symptomen och missar att uppmärksamma dem. Flera komplikationer hinner ofta utvecklas innan sjukdomen upptäcks. Det är vanligt att diabetes typ 2 konstateras först i samband med t.ex. återkommande urinvägsinfektioner eller en kardiovaskulär händelse som hjärtinfarkt eller stroke (Groop, Lyssenko & Renström, 2011; Sagen, 2013). Hur diabetes typ 2 definieras åskådliggörs i tabell 1 nedan.

Tabell 1: Diagnos typ 2 diabetes enligt Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregion, 2016

DIAGNOS TYP 2 DIABETES
<p>Faste-P-glukos $\geq 7,0$ mmol/L eller OGTT* (2h) $\geq 12,2$ mmol/L (kapillärt), OGTT (2h) $\geq 11,1$ mmol/L (venöst) eller HbA1c** ≥ 48 mmol/mol</p> <p>Det patologiska värdet måste verifieras med ny provtagning av antingen HbA1c, faste-P-glukos eller OGTT för att ställa diabetesdiagnos.</p>
<p>*OGTT = oralt glukostoleranstest med provtagning efter 2 timmar **HbA1c= långtidsblodsocker (genomsnittligt blodsocker) under 6-8 veckors tid</p>

Behandling av diabetes typ 2

Behandling av typ 2 diabetes består av medicinsk behandling och livsstilsförändring som riktar in sig på god metabol kontroll och på att minska insulinresistensen. Syftet är att reducera risken för följsjukdomar och förbättra patientens livskvalitet och upplevelse av hälsa (Sagen, 2013). För att en person med typ 2 diabetes ska kunna behålla och förbättra sin hälsa och livskvalitet är det viktigt med personengagemang och bra kunskap i egenvård. Det är diabetesteamet med diabetessjuksköterskan i spetsen som ansvarar att förmedla kunskap och ge stöd i egenvården (Sörman, 2012).

Det är viktigt med intensiv behandling av samtliga riskfaktorer. Peroral antidiabetika i form av metformin sätts in redan från början. Den har effekt på insulinresistensen och därmed ökar insulinkänsligheten. När metformin och livsstilsförändring inte räcker till rekommenderas tillägg av insulin. Ett fasteblodsocker 4-6 mmol/l och blodsocker efter maten upp till 8 mmol/l eftersträvas. Den medicinska behandlingen ska vara individanpassad efter patientens behov. Det finns möjlighet att vid behov komplettera metforminbehandling med flera andra antidiabetika (Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregion, 2016).

Kosten är den andra hörnstenen vid diabetes typ 2 behandling. Den ska bidra till att behandla övervikt och fetma som är bidragande orsaker till ohälsa och sjukdomens utveckling. Fokus ligger på energimängd som möjliggör en viktnedgång för den som är överviktig. Kostens sammansättning gällande mängd och kvalitet av fett, protein och kolhydrater påverkar blodfetter och risken att utveckla hjärt- och kärlsjukdom. En rekommendation är också att fördela måltider på tre huvudmål och 1-3 mellanmål. Hälsosamma matvanor bidrar till ett stabilt blodsocker och vikt samt förebygger hypo- och hyperglykemi (Adolfsson, 2012; Socialstyrelsen, 2011).

I Sverige har Socialstyrelsen (2011) gjort en sammanfattning av forskning som finns på området och gett ut en rekommendation kring kost vid diabetes typ 2. Det är traditionell diabeteskost, måttlig lågkolhydratkost, medelhavskost och traditionell diabeteskost med lågt GI som bedöms ha effekt vid typ 2 diabetes. Vetenskapligt underlag för behandling med extrem kost som extrem lågkolhydratkost och LCHF på långsikt saknas. Gemensamt för alla fyra rekommenderade koster är att de består av frukt och grönsaker, baljväxter, sammansatta kolhydrater som fullkorn och livsmedel med omättat fett som fisk och vegetabilisk olja (Socialstyrelsen, 2011).

Den tredje hörnstenen i behandlingen av diabetes typ 2 är fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet reglerar blodfetter och blodtryck. Det är den bästa icke-farmakologiska metod som förbättrar insulinkänslighet och sänker blodglukos och därmed förebygger risk för diabeteskomplikationer inklusive hjärt- och kärlsjukdomar (Berne & Sörman, 2011). Rekommendationen är minst 30 min medelintensiv träning om dagen exempelvis rask promenad eller cykling. För ytterligare hälsoeffekter läggs till aktivitet med högintensitet 2-3

gångar i veckan t.ex. bollsport eller gymna. Detta kan vid behov kompletteras med styrketräning 1-2 gånger/vecka. Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FAR) anses kunna påverka att träningen genomförs (Socialstyrelsen, 2015; FaR, 2014).

Rökstopp är den fjärde hörnstenen i behandlingen pga. att rökning ökar insulinresistens och är en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar (Berne & Sörman, 2011).

Komplikationer vid diabetes typ 2

Hypoglykemi, lågt blodsocker (värde under 3,6-4 mmol/l) är mindre vanlig hos personer med diabetes typ 2. Det förekommer främst vid behandling med sulfonureider och då kan hypoglykemi bli mycket allvarlig och kräva sjukhusvård. Det finns även risk för personer som behandlas med insulin att drabbas av hypoglykemi. Autonoma symptom vid hypoglykemi är blekhet, svettning och hunger samt hjärtklappning. Neuroglykopena (från hjärnan) symptom är oro, svaghet och koncentrationssvårigheter. Obehandlad kan hypoglykemi leda till medvetslöshet, koma och död (Sagen, 2015).

Hyperglykemi, högt blodsocker, ger redan vid lätt förhöjning (8-10 mmol/l) symptom i form av ökad törst, ökad urinmängd, trötthet och huvudvärk. Keton produceras i levern och surhetsgraden i kroppen sjunker med efterföljande elektrolytförlust. Obehandlad kan denna utveckling leda till ketoacidosis, mjölksyreförgiftning. Vid typ 2 diabetes är det vanligt att utlösande orsaken till mjölksyreförgiftning är t.ex. en infektion eller en hjärt- och kärlhändelse (Sagen, 2015).

Kronisk hyperglykemi leder till förändringar av blodkärl i kroppen. Förändringar i småkärl (mikroangiopati) leder till retinopati, nefropati och neuropati. I västvärlden och Sverige är retinopati den vanligaste orsaken till blindhet hos personer över 65 år. Nefropati orsakar uremi och neuropati kan leda till diabetiska fotsår med risk för amputation. Förändringar i stora blodkärl, makropati, bidrar tillsammans med andra metabola rubbningar t.ex. höga blodfetter och koagulationsrubbningar till aterosklerotisk process i stora blodkärl vilket orsakar hjärt- och kärlsjukdomar som högt blodtryck, hjärtinfarkt och stroke (Sagen, 2015).

Diabetessjuksköterskans roll

I Sverige är diabetesvården organiserad på ett sådant sätt att diabetesteamet oftast består av en diabetesansvarig läkare och diabetessjuksköterska, dietist, kurator, sjukgymnast och fotterapeut (Berne, 2012). Diabetessjuksköterskor har varit en del av diabetesteamet sedan lång tid tillbaka. Redan på 1980-talet etablerades mottagningar ledda av diabetessjuksköterskor där patienterna har kunnat få bl.a. egenvårdsråd och stöd att lösa problem som uppkommer i patientens vardag samt hjälp med medicin justering (Edwall, Danielsson, Hellström & Öhrn, 2008). Idag har diabetessjuksköterskan en nyckelroll i

diabetesteamet. Hon fungerar som en koordinator i teamet och ansvarar för kontinuitet i vården (Iversen & Skafjeld, 2013).

Som hälso- och sjukvårdspersonal har diabetessjuksköterska en hälsofrämjande och hälsoförebyggande roll (HSL 2017:30). Hon ska värna om patientens rätt till självbestämmande och delaktighet. Patienten ska ges individanpassad information efter sina behov (SFS 2014:821). En av diabetessjuksköterskans viktigaste hälsoförebyggande uppgifter är att ansvara för och leda utbildning i egenvård. Här ingår allt ifrån utbildning i sjukdomslära, praktiska moment som t.ex. blodsockermätning och injektionsbehandling till råd kring medicinjustering och egenvård av fötter (Sörman, 2012). Dessutom har diabetessjuksköterskan som uppgift att ge stöd till livsstilsförändring. Att stödja patienten att anamma hälsosamma vanor gällande mat och fysisk aktivitet är av stor betydelse för patienten att minimera risker för framtida ohälsa (Socialstyrelsen, 2017). Det är diabetessjuksköterskan som stödjer patienten i att identifiera sina problem, behov och resurser för att kunna genomföra livsstilsförändringar och lära sig egenvård. Personen får stöd och handledning till att bli så självständig som möjlig att hantera livet med sjukdomen (Sörman, 2012).

Teoretisk referensram

Hälsa är ett centralt begrepp för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård. Inom omvårdnaden beskrivs hälsa ofta utifrån två perspektiv (Willman, 2009). Det första biomedicinska perspektivet beskriver hälsa som motsatsen till sjukdom. Genom att behandla och bota sjukdom återförs hälsa. Det andra perspektivet är det humanistiska perspektivet som ser hälsa ur ett holistiskt perspektiv där individen är helhet med sin omgivning. Hälsa skapas mellan individen och omgivningen och är därmed beroende av fysiska, personliga och sociala resurser (Pellmer, 2017; Willman, 2009).

En av de mest etablerade definitioner på hälsa är Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition. Den framhåller hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom, ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande (Pellmer 2017; Hansson, 2004). Definitionen lägger grunden för hälsofrämjande arbete eftersom den betonar att hälsa är något mer än en kroppslig/ medicinsk fråga. Vid WHO:s konferens i Ottawa 1986 myntades principer för hälsofrämjande arbete som gäller än idag. Här betonas delaktighet och jämlikhet som förutsättningar för att skapa hälsa. Hälsan ses som en resurs hos individen i det dagliga livet istället för ett mål att eftersträva (Povlsen & Borup, 2015; Pellmer 2017; Hansson, 2004).

Diabetesvård bygger på hälsoprevention (förebygga ohälsa) och hälsopromotion (främja hälsa). Hälsoprevention utgår ifrån kunskaper av vad som orsakar sjukdom och har som mål att förhindra den (Whitehead, 2006; Whitehead, 2009). Vid diabetes typ 2 syftar hälsoprevention till att påverka livsstilsfaktorer och indelas i tre olika nivåer. Första nivå som är primär prevention riktar in sig på att förebygga ohälsa. Den ska aktivt förbättra

hälsotillstånd och därmed livskvalitet. Här kan det t.ex. handla om att påverka individens inställning till kost och motion för att förebygga hyperglykemi och utveckling av diabetes. Andra nivån är sekundär prevention som riktar in sig på att förebygga utveckling av ett långvarigt tillstånd samt återställa hälsa. För att återställa hälsa behövs ofta stöd till beteendeförändring som t.ex. stöd att sluta röka eller stöd att lära sig egenvård. Den tredje nivån som är tertiär prevention tillkommer när personen redan har utvecklat komplikationer som t.ex. neuropati. Individen ska få stöd att göra det mest möjliga av de hälsoresurser som är kvar och få kunskap och stöd att förebygga vidare komplikationer (Wikblad, 2013).

Hälsofrämjande (promotion) bygger på kunskap om processer som leder till hälsa med målet att påverka individens egen upplevelse av hälsa (Whitehead, 2006; Whitehead, 2009). En av grundläggande delarna i det hälsofrämjande arbetet är empowerment (Povlsen & Borup, 2015).

Patient empowerment

Begreppet empowerment (egenmakt, bemyndigande) lyfts upp som en viktig del inom det hälsofrämjande arbetet. Den innebär möjlighet för individen att ta den makt den är berättigad till att hantera sin situation (Korp, 2016). Empowerment ses som en process/strategi eller ett mål med centrala komponenter av makt, självförtroende och stolthet. Det innebär hjälp till självhjälp där makt förstås som en möjlighet att påverka sin situation (Anderson & Funell, 2010; Tengland, 2008; Korp, 2016).

Inom diabetesvården används mest det engelska ordet patient empowerment eller egenmakt som ett förhållningsätt i mötet mellan diabetessjuksköterskan och patienten där patienten är den aktiva och diabetessjuksköterskan fungerar som ett stöd. Patientens förmåga till egenvård, läkning och välbefinnande stärks om patientens föreställning om sin egen hälsa tas i beaktande och om diabetessjuksköterskan fokuserar lika mycket på hälsa som på sjukdom. I praktiken innebär detta att patienten är en jämbördig part i mötet om sin egen hälsa och där båda parter har viktig kunskap att bidra med. Patienten har kunskap om sitt liv och att leva med diabetessjukdom medan diabetessjuksköterskan bidrar med sin medicinska kunskap och omvårdnads kunskapen (Funell, 2010; Insulander & Björvell, 2013). Empowerment har under en längre tid använts som en viktig del i egenvårdsutbildningen vid diabetes typ 2. Det mesta av egenvården vid en kronisk sjukdom som diabetes utförs självständigt av patienten i det dagliga livet, vilket innebär ett personligt ansvar. Det är patienten själv som vet vad den kan förändra och vilka strategier som fungerar bäst och vilken typ av stöd och resurser som finns eller behövs. Här ansvarar patienten att välja ut egenvårdsmål som den vill uppnå. Diabetessjuksköterska ansvarar för kompetent omvårdnad och information så att patienten ska kunna ta välinformerade beslut i sin egenvård (Andersson & Funell, 2010; Funell, 2012). Patient empowerment kan nås med hjälp av personcentrering, personcentrerat vård (PCV). Egenvårdsstöd som bygger på personcentrering och patient empowerment grundar sig i ett partnerskap mellan diabetessjuksköterskan och patienten med ömsesidig respekt för varandras

kunskap. Det innebär att diabetessjuksköterskan ska inta ett förhållningssätt som utgår ifrån patientens upplevelse av sitt tillstånd, patientens resurser och patientens vilja (Holmström & Röing, 2010).

Egenvård

Egenvård som begrepp används till att börja med för vård av lättare sjukdomstillstånd som individen med enkla medel kan själv utföra (Berne och Sörman, 2010). I SOSFS 2009:6 kap 2§1 beskrivs egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att patienten kan utföra på egen hand. Det måste bedömas i varje enskilt fall vilka åtgärder som utgör egenvård (Socialstyrelsen, 2009).

Dorothea Orem är en känd amerikansk omvårdnadsteoretiker som har beskrivit begrepp egenvård. I hennes egenvårdsmodell ingår tre teorier: teori om egenvård, teori om egenvårdsbrist och teori om omvårdnadssystem. I teorin om egenvård utgår hon ifrån att alla människor har resurser. Egenvård beskrivs som alla dagliga aktiviteter som en person utför självständigt för att bevara hälsa och därmed sin livskvalitet. Enligt teorin om egenvårdsbrist uppstår behov av omvårdnad när egenvårdskapacitet är mindre än egenvårdsbehov. Egenvårdskapacitet är beroende t.ex. av ålder, hälsotillstånd, utbildning, motivation och praktiska erfarenheter som personen behöver för att tolka sitt egenvårdsbehov. Teorin om omvårdnadssystem består av begreppen omvårdnadskapacitet och hjälpmetoder. Omvårdnadskapacitet är de kunskaper som sjuksköterskan ska ha för att kunna utföra omvårdnadsåtgärd som stödjer patientens bristande egenvårdskapacitet. Till sin hjälp har sjuksköterskan hjälpmetoder som stöttning, vägledning och egenvårdsutbildning för att öka patientens egenvårdsförmåga (Kirkevold, 2000).

Det som en person med långvarig sjukdom som diabetes behöver lära sig beskrivs också utifrån begreppet egenvård. Egenvård ur ett biomedicinskt perspektiv handlar om att hantera fysiska konsekvenser av sjukdomen och medicinsk behandling medan egenvård ur ett vårdvetenskapligt perspektiv ses som att upprätthålla det dagliga livet där sjukdomen finns med (Kneck, 2013). I egenvård vid diabetes typ 2 ingår primär, sekundär och tertiär prevention (Wikblad; 2012).

En av diabetesvårdens viktigaste uppgifter är att erbjuda stöd och kontinuerligt förmedla kunskaper som ska ligga till grund för den egenvården som individen ansvarar själv för (Berne & Sörman, 2009). Utbildning och stöd till personen kan ges på olika sätt beroende på diabetessjuksköterskans förhållningssätt.

Studier som beskriver stöd i egenvården vid diabetes

Edwall et. al (2008) undersökte hur patienten upplever regelbundna uppföljningar hos diabetessjuksköterskan och fann att de är av stor betydelse för patientens upplevelse av att

leva med diabetessjukdomen (a.a.). Patienterna upplever att de får viktigt stöd och verktyg för att klara det dagliga livet med diabetessjukdomen. Det som är avgörande för utveckling av patientens egenvårdskunskap är att patienten upplever sig vara ihågkommen, betrodd och lyssnad på (Edwall et al., 2008). Även Jutterström et al. (2016) beskriver att de regelbundna uppföljningarna traditionellt innehåller patientens biomedicinska status som HbA1c, vikt, blodtryck, lipider och grad av albuminuri. Information om behandling, kost, fysisk aktivitet, rökning och egenvård av fötter ingår också (a.a.). De traditionella interventioner som siktar på att förbättra den metabola kontrollen genom att ge råd om kost och fysisk aktivitet ger blygsamma effekter och på kort sikt. Det som ger effekt är att stödja patienten att bli delaktig i sin diabetesegenvård (Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2008; Boström, Isaksson, Lundman, Graneheim & Hörnsten, 2014; Jutterström, Hörnsten, Sandström, Stenlund & Isaksson, 2016). Att ge information och ökad kunskap hos patienten innebär nödvändigtvis inte att patienten ändrar sitt beteende. Det har effekt på 40-50 % av patienterna som följer de anvisningar som de får (Wikblad, 2012). Anledningen till detta anses vara att uppföljningar hos diabetessjuksköterskan fokuserar på de medicinska kontrollerna och på sjukdomen istället för personen bakom sjukdomen. Hörnsten och Graneheims (2009) studie som undersökte patientperspektiv återspeglar också denna uppfattning. De fann att patienter upplever att diabetessjuksköterskan ofta har tendens till ett ensidigt sjukdomsperspektiv, höga förväntningar på följsamhet och paternalistisk attityd (a.a.).

Flera studier har undersökt och presenterat förhållningssätt i egenvårdsutbildning av patienter som skulle kunna få fler patienter att bli delaktiga i sin egenvård och öka deras upplevelse av hälsa. Det är bl.a. Adolfsson et.al (2008) och Boström (2014) som presenterar empowermentbaserad utbildning i sina studier som en möjlighet att påverka patientens upplevelse av hälsa. Jutterström et al. (2016) utvärderade, i sin studie, patient empowerment och patientcentrerat egenvårdsstöd i förhållandet till effekten på den metabola kontrollen. De fann att patientcentrerad utbildning, som leds av diabetessjuksköterska leder till signifikant sänkning av HbA1c och patientnöjdhet vid både enskild- och grupputbildning. Det finns alltså många studier som fokuserar på förhållningsätt i kommunikationen mellan diabetessjuksköterskan och patienten men forskning som beskriver patientens perspektiv på diabetessjuksköterskans stöd i egenvården vid diabetes är fortfarande begränsad.

Problemformulering

Att leva med diabetes är mycket krävande och innebär både psykiska och emotionella påfrestningar för patienten. Bristande egenvård innebär risk för komplikationer som i sin tur leder till ohälsa och lidande. För att kunna leva ett så bra liv som möjligt med diabetes krävs kunskap om sjukdomen, egenvården och behandling. Diabetessjuksköterskans stöd i egenvården är avgörande om patienten ska kunna integrera denna kunskap i sitt dagliga liv. Patienterna är experter på att leva med sjukdomen medan diabetessjuksköterskan är expert på

sjukdomen och behandling. Med denna kunskap kan de bilda ett oslagbart team som jobbar mot samma mål. Forskning som beskriver patientens perspektiv på diabetessjuksköterskans stöd i egenvården vid diabetes är fortfarande begränsad. Målet med denna studie är att utöka denna kunskap, viktig kunskap som kan hjälpa oss att utveckla diabetesvården.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever diabetessjuksköterskans stöd i egenvården.

Metod

Design

En kvalitativ metod med en induktiv ansats valdes till studien för att beskriva patientens upplevelse av diabetessjuksköterskans stöd. Kvalitativ forskningsmetod är lämplig att användas om målet med studie är att undersöka subjektiva upplevelser, erfarenheter och mening i relation till ett visst fenomen. Denna metod går mer på djupet och undersöker hur, vad och varför. Datainsamling sker med t.ex. intervjuer, observationer och dagboksanteckningar (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck, 2017).

Urval

Ett strategiskt urval tillämpades för att kunna ge en rik beskrivning av fenomenet och kunna ge svar på syftet. Detta innebar också att en variation beträffande kön, ålder och den socioekonomiska statusen eftersträvades (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck, 2017). Inkluderingskriterier var att intervjua forskningspersoner som hade typ 2 diabetes. De skulle ha regelbunden kontakt med diabetessjuksköterska, vara verbala och tala svenska flytande.

Åtta vårdcentraler inom Göteborgsregionen kontaktades. Informationsbrev skickades ut till verksamhetschefer och diabetessjuksköterskor. Med hjälp av diabetessjuksköterskorna på respektive vårdcentral valdes intervjupersoner. Kontakten togs via telefon med personer som var villiga att delta i studien. Sju personer intervjuades, 3 män och 4 kvinnor i åldrarna 52 och 72 (medelålder 63 år) år med olika socioekonomiska bakgrunder. Deltagarna hade olika ekonomiska förutsättningar och olika utbildningsnivå. Tre av dem var pensionerade och fyra var yrkesarbetande. Alla bedömdes ha ett fungerande socialt nät. Sex deltagare var gifta och en var ensamstående. Tre vårdcentraler tackade nej pga. tidsbrist eller brist på personal. Alla tillfrågade forskningspersoner deltog och fullföljde intervjun. Information om studiedeltagare presenteras i Tabell 2.

Tabell. 2 Information om studiedeltagare

	Ålder	Kön	Civil- stånd	Yrke	Diabetes- duration	Behandling
1	69	Kvinna	Gift	Pensionerad undersköterska	20 år	Antidiabetika och insulin
2	70	Kvinna	Ensam- stående	Pensionerad lärare	28 år	Antidiabetika och insulin
3	72	Kvinna	Gift	Pensionerad undersköterska	22 år	Antidiabetika och insulin
4	52	Man	Gift	Fastighets-skötare	7 år	Antidiabetika och insulin
5	56	Kvinna	Gift	Säljare	6 år	Antidiabetika och insulin
6	58	Man	Gift	Lärare	8 år	Antidiabetika och insulin
7	65	Man	Gift	Chaufför	6 mån	Antidiabetika

Datansamling

Datansamlingen gjordes med semistrukturerade intervjuer som gjorde det möjligt att ställa följdfrågor och i sin tur erhålla djupare förståelse av fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide (se Bilaga 1). Inledningsvis ställdes frågor om demografi därefter ställdes fyra öppna frågor. Utforskande stödfrågor ställdes under intervjuernas gång i syfte att fördjupa förståelsen för det deltagarna berättade om (Danielson, 2017; Polit & Beck, 2017). Intervjuerna spelades in och transkriberades av intervjuaren.

Samtliga intervjuer ägde rum under december 2017 och januari 2018 och tog mellan 25-50 min. Deltagarna valde lämplig tid och plats för intervjuerna. De flesta personer valde, efter intervjuarens förslag, att bli intervjuade på ett bibliotek där ett grupprom bokades. En person valde att bli intervjuad på en vårdcentral.

Dataanalys

Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys lämpar sig för att analysera omfattande textmaterial. Metoden syftar till att hitta olika relationer, skillnader och likheter i texten dvs. kategorier och teman. Texten

kan analyseras på både manifest nivå, som beskriver det texten säger, och latent nivå där intervjuaren gör en tolkning av texten. Graneheim och Lundman (2004) menar att varje text innehåller både manifesta och latent budskap och att intervjuaren alltid gör en mer eller mindre djup tolkning av texten. I denna studie gjordes en djup tolkning med syfte att få fram det latent innehållet.

De sju intervjuer som gjordes transkriberades och lästes upprepade gånger för att lära känna texten. Analysen gjordes utifrån ett antal analyssteg enligt Graneheim och Lundman (2004). Meningar som hade meningsbärande innehåll valdes ut ur texten. De meningsbärande enheterna innehöll information som svarade på syftet med studien. I nästa steg kondenserades meningsbärande enheter i s.k. koder för att göra texten kortare. Endast det som var kärnan i texten blev kvar. Sedan grupperades de kondenserade meningsenheterna utifrån liknande innehåll i ett antal kategorier och underkategorier. Dessa återspeglade den väsentliga innebörden i intervjuerna och representerade det latent innehållet i intervjutexten. Under hela analysprocessen gjordes jämförelser med originaltexten så att viktigt innehåll inte missades (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på meningsbärande enheter, koder och kategorier presenteras i Bilaga 2.

Forskningsetiska övervägande

Enligt lagen (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor anses inte examensarbete på grund och avancerad nivå som forskning. Det innebär att examensarbete inte provas eller kräver tillstånd av etikprövningsnämnd (Cöster, 2017).

De etiska överväganden som har gjorts i denna studie bygger på de etiska kraven och riktlinjer som inhämtades från Centrala Etikprövningsnämnden. Dessa riktlinjer omfattar kravet på informerat samtycke samt kravet på konfidentialitet. En risk- och nyttoanalys ska göras innan studiens start (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017). Syftet med informerat samtycke är att skydda deltagarnas rätt till frihet och självbestämmande. Det grundar sig på att deltagare ska ha fått och har förstått information om studien samt att deltagandet är frivilligt (Cöster, 2017).

Samtliga vårdenhetschefer kontaktades och godkände studien skriftligt via mail. De informerades om studien/ examensarbetet både muntligt och med informationsbrev: Brev till verksamhetschefer examensarbetet magisternivå, Informationsbrev till primärvårdschef och verksamhetschef. Forskningspersoninformation (FPI) utarbetad efter riktlinjer som ges av Centrala Etikprövningsnämnden lämnades till valda forskningspersoner. I enlighet med etiska riktlinjer upplystes forskningspersoner om bakgrunden och syftet med arbetet. De informerades också om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas närsomhelst utan någon förklaring. Deltagare informerades också om att avbrutet deltagande medför inga konsekvenser. Informationen gavs både muntligt och skriftlig (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017).

Konfidentialitet innebär att all insamlad information och personuppgifter skyddas så att obehöriga inte kan ta del av dem (Cöster, 2014). Forskningspersoner informerades att det är bara intervjuaren och den handledande forskare som får ta del av det transkriberade materialet. Detta i enlighet med nyttjandekravet. För att skydda anonymiteten kodades t.ex. personuppgifter så att informationen inte kunde härledas till forskningspersonen eller den vårdcentral de tillhörde (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017).

Det gjordes även ett risk- och nyttoövervägande gällande denna studie (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017). Det bedömdes att genom att ta reda på hur stödet i egenvården upplevdes av patienten bidrog studien med viktig kunskap som i förlängningen kan leda till att diabetesvården bättre kan anpassas till patienternas behov. Studien bedömdes inte kunna medföra några risker. Möjligheten fanns en risk att intervjuerna kunde ha väckt känslor och frågor. Kontaktuppgifter till intervjuaren lämnades därför till deltagarna och de inbjöds att kontakta vederbörande vid behov. Vid specifika frågor om deltagarnas diabetes hänvisades till ordinarie diabetessjuksköterska.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån två huvudkategorier: *Utbildning som stöd i egenvården* och *Vårdrelation som stöd i egenvården* med tillhörande underkategorier. En översikt av huvudkategorier och underkategorier visas i Tabell 3.

Tabell 3. Översikt över kategorier och underkategorier

UNDERKATEGORI	HUVUDKATEGORI
Kunskaps- och informationsförmedling ökar självständigheten och gör vardagen begriplig	Utbildning som stöd i egenvården
Erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar	
Ömsesidigt lärande ökar öppenheten för att lära sig egenvården	
Kontinuitet och individanpassat stöd leder till ömsesidigt förtroende och teamkänsla	Vårdrelation som stöd i egenvården
Stöd i att fatta självständiga beslut ger handlingskraft i egenvården	
Känslomässigt stöd minskar stress och negativa upplevelser av egenvården	

Utbildning som stöd i egenvården

Kunskaps- och informationsförmedling ökar självständighet och gör vardagen begriplig

Patienterna upplevde att de inte hade mycket kunskaper om sjukdomen eller om egenvård i samband med diagnos. Diabetessjuksköterskan ansågs vara viktig för att dessa kunskaper utvecklades med tiden. Patienterna upplevde att diabetessjuksköterskan var kompetent och de tyckte att det var rätt person att vägleda dem i deras egenvård. En patient sa:

Jag känner att det är bra att jag har någon som är kompetent som kan det här. Någon som jag kan dela det med.

Studiedeltagare 2

Alla de intervjuade patienterna upplevde att de fick tillräckligt med information om sjukdomen och dess utveckling. Information gavs oftast muntlig och i form av broschyrer. Diabetessjuksköterskan gav även förslag på lämpliga webbsidor och applikationer med korrekt innehåll. Patienterna upplevde att tillräcklig utbildning gavs gällande praktiska moment i egenvård som t.ex. provtagningsteknik, injektionsteknik, fotvård mm. Dessa moment kunde efter hand utföras självständigt. Det var även önskvärt att få information om den egna biomedicinska statusen (de aktuella provsvaren). Det upplevdes som en bekräftelse eller som en bedömning av deras fysiska hälsa. Råd och förslag kring medicinering och medicinjustering var till hjälp i patienternas vardag. Patienterna upplevde t.ex. att de var bättre rustade att ta insulin korrekt och anpassa dosen till mat och motion. Egenvårdsråd om hälsosam kost, mat och motion var återkommande tema i samband med besök på mottagningen. Patienterna uppskattade om de kunde få förslag på bra livsmedel och recept och de var medvetna om vikten av att röra på sig. En patient uttryckte:

Kosten har vi pratat mycket om. Vad ska det vara för kost? Mindre potatis och så rotfrukter i ugnen. Vi har kunnat hitta saker som jag tycker är gott. Jag tycker väldigt mycket om pasta men mätaren säger att det stiger (blodsockret).

Studiedeltagare 5

De intervjuade patienterna var nöjda med den information och utbildning de fick och kände att de kunde ställa frågor om det de inte förstod. De upplevde att diabetessjuksköterskan intresserade sig för deras hälsa och uppmuntrade dem att välja en hälsosam livsstil och att förbättra sin egenvård. Informationen och utbildningen de fick gjorde diabetessjukdomen mer hanterbar och begriplig och de förstod egenvårdens roll för att förebygga ohälsa. Att kunna klara sig själv och behålla hälsan var den största motivationen för patienterna. Kunskapen om hur man förebygger och åtgärdar akuta komplikationer som lågt blodsocker gav både trygghet men även frihet i vardagen. Det var lugnande för patienterna att få reda på varför blodsockret stiger vid diabetes och att de kan förebygga sjukdomens utveckling genom att följa behandlingsråd och genom livsstilsförändringar. De upplevde att information och utbildning förbättrade deras egenvårdsförmåga och i sin tur deras autonomi. Patienterna upplevde sig

vara rustade att hantera olika situationer i det dagliga livet. Egenvårdskunskap bidrog också till att egenvårdshantering var mindre tidskrävande och känslan av att den konkurrerade med det övriga livet som familjelivet och jobbet minskade.

Några av patienterna uttryckte dock svårigheter med att omvandla den givna informationen till sin egen kunskap och använda den i sin egenvård. De hade svårigheter att följa diabetessjuksköterskans råd kring t.ex. livsstilsförändringar och att implementera dessa i det dagliga livet. En patient uttryckte:

Det är svårt att ändra kosten. Jag skulle minska på ris, potatis och pasta. Då blir det broccoli, brysselkål och rotfrukter hela tiden. Man blir inte mätt. Dessutom har jag fyra barn och alla idrottar. Det går inte att genomföra.

Studiedeltagare 7

Träna ... Motivationen är inte där. Det är svårt att kombinera det med mitt jobb och min familj. Man måste få saker att klaffa ihop.

Studiedeltagare 6

Patienterna var införstådda med vad som behövde göras men hade svårt att genomföra förändringarna. Gemensamt för dessa patienter var att de fick information av generell karaktär. Informationen var inte anpassad efter deras individuella förutsättningar utan förmedlades bara utifrån de allmänna behandlingsmålen. Dessa patienter upplevde att informationen var svår att tillämpa med följderna att de ofta vände sig till andra kunskapskällor som t.ex. internet eller andra personer som har diabetes. Sådan information kunde vara av varierande kvalitet. Exempelvis berättade en patient att han har provat olika "naturläkemedel" som han har fått kunskap om via internet. Patienterna hade alltså otillräckliga kunskaper vilket gav sämre hanteringsförmåga samt skapade oro och otrygghet i deras vardag. De upplevde dessutom större grad av stress, ensamhet och misslyckande i sin egenvård.

Erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar

Lärande situationer där patienterna lärde sig i dialog med diabetessjuksköterskan uppskattades mycket av patienterna. De upplevdes vara utvecklande för deras egen förmåga samt motiverade till livsstilsförändring. Gemensamt för dessa vägledande samtal var att diabetessjuksköterskan utgick ifrån patienternas egna erfarenheter och de problem som de upplevde i det dagliga livet. Tillsammans kunde de hitta individuella egenvårdsstrategier och praktiska lösningar som hjälpte patienterna att lösa egenvårdsproblemen som uppstod i deras vardag. En kvinna beskrev hur hon kom fram till en lösning med diabetessjuksköterskans hjälp:

Vi kom fram till: Är det fika så tar jag bara kaffe. Jag föredrar att äta lunch med mina väninnor då blir det mat istället för bulle. Det är bättre för blodsockret och det kostar lika mycket...

Studiedeltagare 2

Patienterna upplevde att det var lättare att fullfölja livsstilsförändringar när det gäller t.ex. mat och motion om det planerades utifrån deras önskemål, intressen och möjligheter. Det var lättare att tillsammans hitta lämpliga egenvårdsmål som de kunde hålla vid. Exempelvis var det lättare att tillsammans hitta hälsosamma vanor som gick att integrera i den egna livsstilen och samtidigt behålla livskvaliteten. Om patienterna förstod vad som hände i kroppen och varför när de konsumerade vissa livsmedel eller motionerade kunde de lättare följa de livsstilsråd som de fick av diabetessjuksköterskan. En manlig patient berättade om att ändra kosten:

Jag äter annorlunda nu. Mat har vi diskuterat mängder med gånger. Jag äter nu kikärter, bönor istället för potatis. Socker ligger bättre då. Hon (diabetessjuksköterskan) förklarade varför.

Studiedeltagare 4

Patienterna kunde omvandla den givna informationen till sin egen kunskap och hitta nya möjligheter till att förändra sin livsstil. Att patienterna provade egna lösningar uppmuntrades av diabetessjuksköterskan. Patienterna gavs möjlighet att självständigt reflektera över sina val och på så sätt utveckla sin egenvårdskompetens. Patienterna fick möjlighet att diskutera de problem de stötte på, hur de reflekterade och gjorde för att lösa problemen. Genom erfarenhetsbaserad vägledning kunde diabetessjuksköterskan bekräfta patienternas egenvårdsförmåga vilket stärkte deras självförtroende och viljan att fortsätta utvecklas i sin egenvård. En patient påpekade:

Jag läser och tittar själv och sedan stämmer jag av med sjuksköterskan. Jag tipsade henne om: Oliver och fetast är bra snacks. Dadlar med bacon som tilltugg det höjer inte (blodsockret) så mycket.

Studiedeltagare 4

Ömsesidigt lärande ökar öppenhet för att lära sig egenvården

Utbildning i grupp upplevdes som ”mycket givande” av patienter som hade den erfarenheten. Grupputbildningen berörde olika egenvårdsteman. Utbildningen byggde på ömsesidigt lärande (eng. peer-learning) dvs. deltagare skulle lära sig från varandra. Diabetessjuksköterskan fanns där som handledare och stöd och svarade vid behov på frågor. Att träffa andra i samma situation upplevdes vara motiverande för att delta i egenvårdsutbildningen. Patienterna tyckte att det var lättare att diskutera egenvård vid diabetes med andra patienter i samma situation. En patient berättade:

Vi pratade om olika saker. Olika teman som mat och fötter. Alla fick berätta som de tyckte och kände. Jag lärde mig jättemycket på de tillfällena...

Studiedeltagare 5

Tillsammans kunde de hitta egenvårdsstrategier som patienterna kom ihåg och ofta relaterade till. Patienterna tyckte att tipsen de fick var trovärdiga och konkreta och som de kunde använda sig av. Intresset och motivationen för att utveckla egenvården ökade också. Patienterna upplevde att de kunde lära sig av varandra i en miljö där de kunde slappna av. De kunde berätta öppet om de problem som de stötte på i sin vardag ”utan att behöva känna skam och skuld över att ha diabetes.” Patienterna upplevde också att under grupputbildningen var det mycket känslor som kom fram. Under diabetessjuksköterskans vägledning kunde gruppdeltagare med hjälp av varandra sätta ord på känslor. Att dela känslorna underlättade lärandet. Det var lättare att acceptera sjukdomen och de konsekvenser sjukdomen kunde medföra. Patienterna vittnade om att deras egenvårdskunskap blev bättre, sjukdomsördan minskade och deras livskvalitet och upplevelse av hälsa ökade. Några patienter beskrev hur grupputbildningen väckte känslor:

Det var mycket känslor som kom fram. När de frågade mig om insulinet. Jag bröt ihop. Jag har inte använt ordet diabetiker innan. Det är mer verkligt nu.

Studiedeltagare 2

Jag tänker väldigt mycket på de tillfällena. Han kände likadant och hon kände så. Man får med sig väldigt mycket. Så det var bra!

Studiedeltagare 5

Vårdrelation som stöd i egenvården

Kontinuitet och individanpassat stöd leder till ömsesidigt förtroende och teamkänsla

Alla patienterna upplevde att det var bra att träffa samma diabetessjuksköterska varje gång. En diabetessjuksköterska som ”känner till min historia” uttrycktes det. Patienterna upplevde då att stödet kunde anpassas individuellt utifrån vem de är som person och utifrån deras egna behov. Det var lättare att öppna sig och berätta om sitt problem för en person som de redan kände och hade förtroende för. Två patienter beskrev betydelsen av kontinuitet och tillgänglighet så här:

Det är trygghet att jag bara kan ringa till henne. Hon känner till min historia och det är viktigt. Jag får den tid jag behöver och jag får svar på mina frågor.

Studiedeltagare 5

Hon har ringt till mig flera gånger och frågat hur det går. Det känner jag som ett riktigt stöd när de ringer hem. Man får förtroende för en sådan människa.

Studiedeltagare 3

Således bidrog kontinuitet till en vårdrelation som byggde på ömsesidig förtroende. Detta var en utgångspunkt för att problem som patienterna upplevde i sin egenvård identifierades. Att identifiera specifika egenvårdsproblem var en förutsättning för att diabetessjuksköterskan kunde hjälpa dem att hitta lösningar på problemen. Patienterna kunde också få hjälp att sätta upp individanpassade egenvårdsmål. Kontinuiteten underlättade dessutom uppföljning av egenvårdsmålen. Patienterna fick stöd i att identifiera och lösa de hinder som uppstod på vägen mot de uppsatta målen. Att få diskutera med diabetessjuksköterskan gav dem också ökad medvetenhet och förståelse för konsekvenserna av de egna besluten. Kontinuitet bidrog till att patienterna upplevde att de tillsammans med diabetessjuksköterskan bildade ett team som jobbade mot samma mål vilket gav dem motivation att fortsätta.

Det upplevdes dessutom som trygghet om diabetessjuksköterskan var tillgänglig när patienterna behövde vägledning. Det var viktigt att ha någon att rådfråga och ”checka av och resonera med” som till exempel vid sjukdomsförsämring. Exempelvis kunde akut behov av stöd i egenvården uppstå i samband med annan sjukdom när blodssockret kunde bli högt. Patienterna beskrev att de kunde ringa till diabetessjuksköterskan och få kontakt på en gång eller så ringde hon tillbaka under samma dag. Det upplevdes lugnande att kunna få hjälp när det behövdes. Det skapade även förtroende för diabetessjuksköterskan om hon tog kontakten för att följa upp hur patienterna mårde eller följa upp behandlingen. En patient beskrev att hon då upplevde att diabetessjuksköterskan brydde sig och värnade om sina patienter. Kontinuitet, tillgänglighet och individanpassat stöd bidrog till att det uppstod ömsesidigt förtroende och en vårdrelation där patientens egenvårdsförmåga kunde utvecklas.

Stöd i att fatta självständiga beslut ger handlingskraft i egenvården

Patienterna upplevde att det var viktigt att de själva kunde hantera sjukdomen och den egenvård som den innebär. Det var viktigt att kunna fortsätta vara självständiga individer trots sjukdomen.

Du måste ta ansvar för denna sjukdom själv. Man kan inte vara flera på den. Du måste ha någon som vägleder dig men sedan hemma neeej.

Studiedeltagare 1

Patienterna tyckte att diabetessjuksköterskan hade en vägledande funktion. Det var ofta diabetessjuksköterskan som föreslog den medicinska behandlingen och informerade om nackdelar och fördelar med den nya regimen. Detta underlättade för patienterna att komma till ett eget beslut. Om patienterna fick möjlighet att berätta hur de hade det och vilka problem som var aktuella just då bidrog det till deras känsla av delaktighet. Diabetessjuksköterskan

lyssnade aktivt på dem och ställde frågor. Utifrån detta diskuterades lösningar på problem som patienterna hade i sin egenvård. Patienterna upplevde att de fick det stöd som de ville ha och de kunde fortsätta vidare på egen hand. En patient berättade:

Min diabetessjuksköterska lyssnar på vad jag säger och försöker att vägleda mig. Det tycker jag är viktigt. Du får det stödet som du vill ha. Hon lyssnar på vad jag vill ha.

Studiedeltagare 4

Delaktighet gav möjlighet till en lärande miljö som gynnade inläring och i sin tur självständighet. Att bli bekräftad av diabetessjuksköterskan var uppmuntrande för patienterna att själva våga prova och testa sina egna lösningar. Patienterna stärktes att ta självständiga egenvårdsbeslut i sin vardag. Patienterna upplevde också att deras beslut respekterades. De upplevde att diabetessjuksköterskan motiverade dem att ta eget ansvar. När patienterna upplevde sig vara kompetenta att själva få styra över sina beslut och sin egenvård resulterade det i känslan av kontroll. Detta gav tillfredsställelse och ökat självförtroende. Patienternas egen handlingskraft i egenvården stärktes och upplevelsen av sjukdomsörkan minskade.

Känslomässigt stöd minskar stress och negativa upplevelser av egenvården

Diabetessjuksköterskans sätt att bemöta patienterna, ömsesidig respekt mellan dem och förtroende som patienterna hade för diabetessjuksköterskan resulterade ofta i att patienterna kände att de även kunde prata med diabetessjuksköterskan om de behövde känslomässigt stöd. Patienterna upplevde att deras diabetessjuksköterska var bra på att lyssna och att prata med. De upplevde att de kunde söka stöd hos diabetessjuksköterskan när det gällde stressen de upplevde i sin vardag som de kände när de skulle balansera mellan familj, jobb och krävande egenvård. Det upplevdes ofta vara lättare att prata med diabetessjuksköterskan som hade kunskap om diabetessjukdomen och vad den innebar än med de egna familjemedlemmarna. De upplevde att de hade behov av att prata om hur det kändes att ha diabetes och diskutera de rädslor de hade som t.ex. diabeteskomplikationer de kunde råka ut för. Genom att diabetessjuksköterskan tog sig tid att lyssna och resonera kring den oro patienterna upplevde fick patienterna stöd att sortera sina tankar eller sortera de upplevda problemen. Detta ökade känslan av kontroll och patienterna kunde börja bearbeta sina känslor. Vidare kunde diabetessjuksköterskan hjälpa patienterna att upprätthålla rutiner i sin vardag som minskar stress och därmed koncentrera sig på sin egenvård. Genom att få stöd i processen att bearbeta sina känslor och genom att stressen minskade kunde patienternas upplevelser av egenvården återigen bli mer positiv. Hanteringsförmågan till egenvården stärktes. Två av patienterna uttryckte det så här:

Hon fattar att då är det jobbigt när jag ringer ut till henne. Då kan jag inte tackla det själv. Det är psykiskt jobbigt när sockret pendlar upp och ner. Då vägleder hon mig...

Studiedeltagare 1

En gång var blodsockret så lågt att jag fick åka ambulans. Det var läskigt! Vi pratade igenom det. Nu vet jag vad jag ska göra och jag har alltid dextropur med mig.

Studiedeltagare 2

Diskussion

Metoddiskussion

Enligt Polit & Beck (2017) är det viktigt för studiens kvalitet att välja rätt metod och att metoden är väl beskriven. Vidare skriver de att en kvalitativ metod lämpar sig för att beskriva personers upplevelser. Detta har bidragit till att en kvalitativ metod valdes till studien som har syfte att just beskriva personers upplevelser. Intervjuer med semistrukturerade öppna frågor valdes som lämplig datainsamlingsmetod. Denna metod möjliggjorde för författare att lyssna aktivt och för de intervjuade att tala fritt. Metoden har resulterat i att syftet med studien kunde infrias vilket stärker studiens trovärdighet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) granskas kvalitativa studiers kvalitet med hjälp av begreppen trovärdighet (giltighet), pålitlighet (tillförlitlighet) och överförbarhet.

Giltighet eller trovärdighet (eng. credibility) är urvalets, datainsamlingens och analysens trovärdighet dvs. hur väl de överensstämmer med studiens syfte. Urvalet till studien var ett strategiskt urval där deltagare valdes utifrån syftet med studien dvs. att de hade diabetes typ 2 och erfarenhet av att få stöd från en diabetessjuksköterska i sin egenvård. Urvalet bedömdes ha en bredd och variation då deltagare hade olika åldrar, kön och sjukdomsduration. Några av deltagare jobbade fortfarande och några var pensionerade. De hade även olika utbildningsnivå. Bredden på urvalet bidrog till att deltagares berättelser var mycket innehållsrika vilket i sin tur också stärker studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2017). Alla deltagare tillfrågades av resp. diabetessjuksköterska som de har kontakt med på sin vårdcentral. En nackdel med detta kan vara att det finns en möjlighet att diabetessjuksköterskorna valde personer som de har en bra relation till, vilket ev. kan ha påverkat deltagarens berättelser i en mer positiv riktning. Här är det värt att tillägga att deltagare kommer från fem olika vårdcentraler i både privat och offentlig regi.

Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade intervjuer för att på bästa möjliga sätt fånga personers upplevelser (Polit & Beck, 2017). Detta innebär att fyra frågor (se Bilaga 1) som motsvarar syftet formulerades för att få en viss struktur på intervjuerna. Intervjuguiden stämde av med handledaren innan intervjuerna utfördes. Frågorna var öppna frågor och deltagare kunde berätta fritt. Följdfrågor kunde ställas för att fördjupa sig i svaren (Danielsson, 2017). Alla frågor besvarades fylligt vilket gav sammanlagt 18 sidor transkriberad intervjutext som resulterade i att analysen gav innebördsrik data vilket stärkte studiens trovärdighet. Intervjuaren har ingen tidigare erfarenhet av den valda datainsamlingsmetoden vilket ev. kan påverka studiens trovärdighet och pålitlighet i form av

att en mer erfaren intervjuare ev. kunde ha fått djupare intervjuer. Å andra sidan kan en oerfaren intervjuare agera lite mera ”naivt” men engagerat vilket kan ha positiva effekter på deltagares empowerment.

Intervjuerna gav en stor mängd intervjutext. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) vilket passar för att analysera omfattande texter. Författarna betonar att om analysprocessen är tydligt beskriven ökar studiens giltighet. Det är viktigt att meningsbärande enheter är tillräckligt stora så att viktig information inte går förlorad. För studiens giltighet är det även viktigt att koder och kategorier väl täcker textens innehåll. För att säkerställa trovärdigheten i denna studie följdes analysstegen beskrivna av Graneheim och Lundman (2004). Analysprocessen och resultatet har granskats av författarens handledare vid flera tillfällen. Det finns möjlighet att studiens tillförlitlighet hade förstärkts ännu mer om det funnits möjlighet för fler forskare att delta i analysprocessen. Kategorier i arbetet har beskrivits väl och citat har använts för att verifiera innehållet. Detta underlättar för läsaren att även själv bedöma trovärdigheten.

Tillförlitlighet i studien (eng. dependability) påvisas också genom att författaren har beskrivit sin förförståelse. Forskarens förförståelse är den kunskap som forskaren har med sig in till en forskningsprocess som kan påverka hela forskningsprocessen. Det är viktigt att redovisa och reflektera över forskarens förförståelse dvs. att vara transparent för att möjliggöra en objektiv bedömning av arbetets kvalitet (Polit & Beck, 2017). Studiens författare har arbetat som sjuksköterska i 15 år och i sitt arbete träffat på personer med typ 2 diabetes i olika sammanhang. De senaste fyra åren har författaren jobbat som diabetessjuksköterska på en Medicinklinik i Västra Sverige där hon har haft möjlighet och har stort intresse av att träffa och stödja personer med diabetes typ 2 i deras egenvård. Författaren har varit medveten om sin förförståelse under arbetets gång och gjort sitt bästa att inte låta förförståelsen påverka resultatet.

Överförbarhet ställer frågan om resultatet kan överföras till andra grupper och till andra sammanhang, dvs. om de kan generaliseras. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det alltid upp till läsarna att avgöra om resultatet är överförbart till andra sammanhang. Överförbarheten underlättas om alla delar i studien är väl beskrivna (Graneheim & Lundman, 2004). Dock är resultatet troligtvis giltigt för andra sammanhang där sjuksköterskor arbetar för att stödja patienter i deras egenvård.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva hur patienter med typ 2 diabetes upplever diabetessjuksköterskans stöd i egenvården. Studiens resultat visade att patienterna upplevde att stöd i form av kunskaps- och informationsförmedling samt att vårdrelationen med diabetessjuksköterskan var avgörande för att patienterna ska kunna integrera egenvården i det dagliga livet.

Utbildning som stöd i egenvården

Denna studies resultat visade att patienterna ansåg att diabetessjuksköterskan hade en viktig lärande roll för att deras kunskaper och deras egenvårdsförmåga utvecklades med tiden. Enligt Orem's teori om omvårdnadssystem ingår undervisning som en av diabetessjuksköterskans hjälpmetoder när patienterna behöver lära sig nya färdigheter för att klara sin egenvård. Genom att lära sig egenvård kan patienter öka sin upplevelse av hälsa (Orem, 2001). Detta överensstämmer med både Nationella riktlinjer för diabetesvård (2015) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017: 30) där diabetessjuksköterskans hälsofrämjande och undervisande roll lyfts fram. Här förespråkas att omvårdnad vid diabetes ska omfatta råd, stöd och undervisning till personer med diabetes som möjliggör delaktighet i vården och underlag för välgrundade beslut om sin egenvård (Socialstyrelsen, 2015).

Mot bakgrund av detta kan det också konstateras att patienterna i denna studie ansåg att de fick tillräckligt med information och utbildning. De var nöjda med informationen och upplevde att kunskaperna bidrog till att göra vardagen med långvarig sjukdom mer begriplig samt bidrog till känsla av trygghet och självständighet. Även tidigare forskning belyser vikten av diabetessjuksköterskans lärande roll som viktig för patientens egenvårdskompetens och patientens upplevelse av att leva med sjukdomen (Edwall et al., 2008; Johansson Östberg, Leksell & Berglund, 2016). Samtidigt riktas kritik mot att diabetessjuksköterskan har en tendens att fokusera på sjukdomen och inte personen bakom sjukdomen vilket anses bidra till att den förmedlade kunskapen inte alltid leder till lärande hos patienterna. (Adolfsson et al., 2008; Hörnsten et al., 2009; Jutterstöm et al., 2016; Adolfsson, Smide, Rosenblad & Wikblad, 2009).

Föreliggande studies resultat kunde också påvisa att förmedlad kunskap inte alltid leder till lärande hos patienten. Detta upplevdes bero på att informationen som gavs var av generell karaktär och var inte anpassad till patienternas individuella förutsättningar. Patienterna upplevde informationen som svår att förstå och därför svår att tillämpa i vardagen vilket orsakade stress och känsla av misslyckande i sin egenvård. Oftedal, Karlsen och Bru (2010) beskriver att detta kan bero på att generell information upplevs av patienten som envägskommunikation och därför otillräcklig. Otillräcklig kunskap föranleder att patienten inte upplever sina egenvårdsmål nåbara. Patientens motivation påverkas negativt vilket i sin tur resulterar i en passiv patient (a.a). Flera forskare är överens om att den traditionella undervisningen av diabetespatienter s.k. ”compliance tänkade”, som bygger på att diabetessjuksköterskan är aktiv med att ge information och patienten är en passiv mottagare, inte har visat sig så framgångsrik. Det anses att diabetessjuksköterskan även behöver ha, förutom kompetens inom området, pedagogisk utbildning för att patienterna ska kunna integrera förmedlade kunskaper i sin vardag (Wikblad, 2012). Det pedagogiska verktyg som anses kunna påverka patientens lärande i positiv riktning och patienters förmåga att ta självständiga beslut i sin egenvård bygger på patient empowerment och personcentrerad vård (Wikblad, 2012; Anderson et al., 2010; Johansson et al. 2016).

I föreliggande studie kunde vi se att när patienterna fick erfarenhetsbaserad vägledning som är personcentrerad i sitt sätt resulterade det i att de kunde lättare fullfölja livsstilsförändringar. Orem's egenvårdsteori stödjer också att patienters erfarenheter och hur de upplever sina behov är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna hjälpa dem att nå sina egenvårdsmål (Orem, 2001). Detta har patienter bekräftat i föreliggande studie när de vittnar om att det var lättare att använda sig av egenvårdstrategier som utgick ifrån deras erfarenhet och hinder som uppkom i deras vardag. Att utgå ifrån patientens intresse och möjligheter är att jobba personcentrerat. Det omfattar även stöd till självständig målformulering och problemlösning och reflektion över egna beslut (Andersson et al., 2010; Holmström et al., 2010). Det föreliggande resultatet visade att reflektion var ett sätt för patienterna att utveckla sin egenvårdskompetens samtidigt som deras självförtroende stärktes. Även tidigare forskning visar att personcentrerade egenvårdsutbildningar som bygger på patientens erfarenhet och förståelse av att leva med sjukdomen stärker deras egenvårdsförmåga. Dessutom har det en permanent positiv effekt på patienternas metabola kontroll, livskvalitet samt upplevelse av hälsa (Hörnsten, Stenlund, Lundman & Sandström, 2008; Berglund & Källerwald, 2012; Kneck, 2015; Jutterström et al., 2016).

I föreliggande studies resultat kom det fram att patienterna som har gått grupputbildning som byggde på ömsesidigt lärande upplevde det som mycket givande. Detta kan härledas till vad Orem (2001) beskriver är en av sjuksköterskans hjälpmetoder, nämligen att skapa en miljö som är stimulerande för patienten att lära sig, diskutera och reflektera. Som patienterna i denna studie lyfte fram skapade patientgruppen en avslappnad miljö där patienterna kunde lära sig av varandra. De ansåg att det bidrog till bättre egenvårdskunskaper och livskvalitet samt att deras upplevelse av hälsa ökade. Det finns flera studier som bekräftar resultatet i föreliggande studien. (Oftedal et al., 2010; Rygg, By Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk, 2010; Jutterström et al., 2016; Kneck, 2015; Herre, Graue, Kolltveit & Gjengedal, 2015). T.ex. Hare et al. (2010) lyfter fram att patienter efter genomgången grupputbildning beskrev att utom att de blev säkrare i sin egenvård fick de bättre förståelse för sjukdomen och komplikationer som den kunde medföra. Patienterna uppskattade de konkreta praktiska tips som de kunde få från andra i samma situation. Liksom i föreliggande studie blev gruppen en viktig plattform där känslöbördan som en långvarig sjukdom kan innebära kunde diskuteras. Att dela känslor, erfarenheter gav patienterna styrka och motivation att utveckla sin egenvård (a.a). Patient empowerment stärktes. Däremot har många tidigare studier utvärderats direkt efter att patienterna genomgått grupputbildningen och deras långtidseffekt är oklar. Dock finns det två stora svenska studier som bygger på empowerment och personcentrerad grupputbildning som har visat effekt både på att leva med sjukdomen och på den metabola kontrollen. Det är bl.a. Hörnsten et al. (2008) och Jutterström et al. (2016) som har bekräftat positiva långtidseffekter med uppföljning som sträcker sig över en femårsperiod.

Vårdrelation som stöd i egenvården

I denna studies resultat framkom att kontinuitet och tillgänglighet resulterade i en vårdrelation som bygger på ömsesidigt förtroende där patienterna kände att stödet de fick först då kunde anpassas individuellt utifrån vem de är som person och utifrån deras behov. Att anpassa stödet efter patientens behov ger enligt Orem (2011) patienterna den trygghet och motivation de behöver för att utföra sin egenvård vilket också är i linje med vad föreliggande resultat har visat (a.a). Att anpassa vården efter patienternas behov är också att jobba personcentrerat. Kontinuitet bidrar till en relation mellan diabetessjuksköterska och patienter som gör det möjligt att engagera dem och få reda på deras tankar om att leva med diabetes (Boström et al., 2010; Engström, Gudbjörnsdóttir, Johansson & Leksell, 2016). Patienter har lättare att vara ärliga om sin livsstil samt är aktiva och ställer frågor för att få stöd att lösa hinder i sin vardag (Stenner, Courtenay & Carey, 2011). Likaså visade föreliggande studies resultat att patienterna tyckte att det var lättare att öppna sig för en person som de redan kände och hade förtroende för. Kontinuitet och tillgänglighet gav patienterna trygghet och bidrog till en teamkänsla i empowermentanda där patientens egenförmåga stärktes. En förutsättning för empowerment är just ett partnerskap mellan diabetessjuksköterska och patienter som bygger på ömsesidig respekt och tillit för varandra. Dålig kontinuitet kopplas enligt Norris, Lau, Smith, Schmid och Engelgau (2002) metaanalys till försämring av patienters förmåga, sämre empowerment och i sin tur sämre upplevelse av hälsa.

Föreliggande studies resultat har också visat att patienterna upplever att det är viktigt att behålla sin självständighet trots sjukdomen. Att kunna fatta självständiga beslut i egenvården gav dem nödvändig handlingskraft. Enligt Orem (2001) uppstår patienternas behov av stöd från sjuksköterskan när deras egenvårdskapacitet är mindre än egenvårdsbehov. Det är sjuksköterskans uppgift att använda sig av hjälpmetoder som stöttning, vägledning och egenvårdsutbildning för att öka patienternas egenvårdsförmåga och i sin tur självständighet och upplevelse av hälsa (a.a). Eftersom diabetes är en långvarig sjukdom med olika konsekvenser för patienten i olika situationer och olika perioder av livet är patienten aldrig helt oberoende av stödet från diabetesvården. Exempelvis kan patienten behöva stöd vid annan sjukdom eller kan behöva diabetessjuksköterskans stöd i samband med barnafödande då diabetessjukdomen tar en annan vändning som patienten inte känner igen och har svårt att hantera. Men sådana situationer när patienten är sårbar och beroende av diabetessjuksköterskan kan stärka patientens självständighet, empowerment, eller kan försvaga den. Boström et al. (2012) skriver att om diabetessjuksköterskan intar en styrande roll där patienten blir informerad utefter behandlingsmål och förväntas att följa dessa råd utan att hänsyn tas till hur patienten upplever sin situation kan det leda till oönskad effekt. Patienten drar sig tillbaka utan att ifrågasätta och får negativ inställning till de givna råden som också kan upplevas vara i konflikt med egna mål och övertygelser. Patientens verkliga problem kommer inte fram till diskussion. Däremot om patienten blir bemött personcentrerad där patientens kunskap tas till vara får patienten specifikt stöd anpassat till dennes unika situation. Patienten upplever sig bättre rustad, i kontroll och även inspirerad att prova egna lösningar. Personcentrering leder alltså till en självständig, empowered patient. Detta stämmer

överens med det som patienterna i föreliggande studie beskrev att när de själva fick styra över sin egenvård stärktes deras självförtroende och handlingskraft i egenvården medan upplevelsen av sjukdomsburden minskade.

I föreliggande studies resultat kom det fram att patienter upplevde att kontakten med diabetessjuksköterska hade stor betydelse för att hantera den känslomässiga burdenen i livet med en långvarig sjukdom. Orem (2001) lyfter fram att sjuksköterskans stöd är viktig för att hjälpa patienten att överkomma psykiska hinder för sin egenvård (a.a). Diabetessjukdomen och den egenvård den innebär ställer stora krav på patienten. Patienten kan uppleva känslor som t.ex. att vara bunden och hindrad i det dagliga livet, känna rädsla över diabeteskomplikationer eller skam över att ha en kronisk sjukdom (Engström et al., 2016; Kneck, 2015; Edwall, Danielson & Öhrn, 2010). I föreliggande studie berättade patienterna att de upplevde stöd om diabetessjuksköterskan tog sig tid att lyssna och resonera kring den oro de upplevde av att leva med diabetessjukdomen. Att lyssna på patientens berättelse är utgångspunkten i personcentrerad vård. Genom att ta reda på känslomässiga aspekter av sjukdomen kan diabetessjuksköterskan bättre anpassa stödet till personen (Ekman et al., 2011). Genom att uppmuntra patienten att berätta om sin upplevelse av att leva med diabetessjukdomen synliggörs tankar och känslor. Att bekräfta patientens känslor ger den styrka och motivation (Berglund, 2014). Flera forskare bl.a. Karlsen och Bru (2014) påpekar att stödet från anhöriga, utöver stödet från vården, är en viktig stödjande faktor för patienterna. Patienter som har tät kontakt med vänner och familj är mer aktiva i sin egenvård och upplever högre grad av hälsa (Schiotz, Bogelund, Almdal, Jensen & Willaing, 2011; Karlsen & Bru, 2014). Dock visade föreliggande studie att patienterna hellre vände sig till diabetessjuksköterskan för stödet. Dessutom har inte alla patienter ett fungerande socialt nätverk. Ett alternativ här är att diabetessjuksköterskan utöver det enskilda stödet organiserar grupputbildningar där patienter med typ 2 diabetes får möjlighet att träffa andra i samma situation. Detta har visats viktigt känslomässigt stöd både genom föreliggande studies resultat och annan forskning inom området.

Avslutningsvis kan det konstateras att studiens syfte har besvarats genom att deltagande patienter har delat sin upplevelse av det stöd de får av diabetessjuksköterskan i sin egenvård. Det har visat sig att stöd i form av utbildning i egenvård är avgörande för att patienternas egenvårdsförmåga ska utvecklas. En utgångspunkt för detta är att kunskap som förmedlas ska vara individanpassad utifrån patienternas personliga förutsättningar och erfarenheter, annars kan den upplevas som svår att förstå och därför svår att implementera i egenvården. Detta tyder på att det finns behov av att diabetessjuksköterskan utvecklar sin pedagogiska kompetens och anammar ett personcentrerat förhållningssätt för att på bästa sätt kunna bemöta patienternas behov. Ett personcentrerat bemötande tillsammans med kontinuitet leder till en vårdrelation av ömsesidigt förtroende som bidrar till att patienterna kan ta självständiga beslut i sin egenvård. En etablerad vårdrelation med en och samma diabetessjuksköterska upplevs också ha stor betydelse för att hantera den känslomässiga burdenen i livet med en långvarig sjukdom.

Slutsats

Diabetessjuksköterskan har en viktig roll att stödja patienter med typ 2 diabetes till att kunna ta självständiga beslut i sin egenvård. En viktig del av stödet är att förmedla kunskap och bygga upp en god vårdrelation som bygger på ömsesidig respekt och möjliggör ett bra liv trots långvarig sjukdom. En förutsättning för detta är att diabetessjuksköterskan anammar ett personcentrerat förhållningssätt. En kunskapsförmedling som inte är personcentrerad riskerar att leda till otillräckliga kunskaper med sämre hanteringsförmåga. Däremot bidrar en personcentrerad kunskapsförmedling till lärande hos patienten vilket stärker egenförmågan och gör vardagen begriplig. Kontinuitet i vårdrelationen och erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar.

Klinisk implikation

Studiens resultat visar på vikten av att diabetessjuksköterskan intar ett personcentrerat förhållningssätt när hon stödjer patienter med typ 2 diabetes i deras egenvård. Studiens resultat bidrar till praktisk kunskap som kan användas av diabetessjuksköterskor för att bättre anpassa stödet efter patienternas förutsättningar och upplevelser. Resultatet kan även ha betydelse för andra sjuksköterskor som arbetar med att stödja patienter i egenvården vid andra korta som långvariga tillstånd.

Förslag till vidare forskning

Studiens resultat antyder behov av utökat personcentrerat arbetssätt vid stöd i egenvården. Det hade varit av betydelse att komplettera denna studie med att intervjua diabetessjuksköterskor till de patienter som ingick i studien för att göra en jämförelse mellan patienternas och diabetessjuksköterskornas perspektiv. Ett annat förslag är att separat studera patienternas upplevelse av kunskapsförmedling och betydelsen av vårdrelationen som stöd i deras egenvård. Detta för att få ännu djupare kunskap på faktorer som påverkar patienternas egenvårdsförmåga i positiv riktning.

Referenslista

Adolfsson, E. T. (2012). Kost- en del av behandlingen. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 265-318). Lund: Studentlitteratur.

Adolfsson, E., Smide, B., Rosenblad, A. & Wikblad, K. (2009). Does patient education facilitate diabetic patients' possibilities to reach national treatment targets? A national survey in Swedish primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(2), 91-96.

Adolfsson Thors E., Starrin B., Smide B., & Wikblad K. (2008). Type 2 diabetic patients experiences of two different educational approaches- A qualitative study. *International Journal of Nursing studies*, 45(7), 986-994.

Allgot, B. (2013). Diabetes i ett patient perspektiv. I M. Graue, & A. Skafjeld, (Red.), *Diabetes: Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 249-259). Lund: Studentlitteratur.

Anderson., R. M., & Funell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282.

Berglund, M. (2014). Learning turning points in life with long-term illness visualized with the life-world philosophy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 9:1, 22842. Published online: 21 Feb 2014: <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22842>

Berglund, M., & Källerwald, S. (2012). The movement to a new understanding: A life-world based study about how people learn to live with life-term illness. *Journal of Nursing Care*, 1(6).2-5. <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1168.1000125>

Berne, C., & Sörman, E. (2011). Egenvård. I C-D. Agardh & C. Berne, (Red.), *Diabetes*.(sid. 209-220). Liber: Studentlitteratur.

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B. U., Graneheim, U.H., & Hörnsten, Å. (2014). Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 94(2), 187-192.

Centrala Etikprövningsnämnden (2017). <https://www.epn.se/centrala-etikproevningsnaemnden/om-naemnden/>

Cöster, H. (2014). *Forsknings etik och ömsesidighet-vård, social omsorg och skola*. Stockholm Liber AB.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forsknings intervju. I Henricson, M.(Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad* (s.143-153). Lund Studentlitteratur.

Edwall, L-L., Danielsson, E., Hellström, A-L., & Öhrn, I. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781.

Edwall, L-L., Danielsson, S. & Öhrn, I. (2010). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian J. Of Caring Science*, 24(2), 341-348.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, I-L., Brink, E.,...Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centred care -Reedy for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 248-251.

Egg-Olofsson, K., Cederholm, J., Nilsson P-M., Zethelius, B., Svensson AM., Gudbjörnsdottir, S., & Eliasson, B. (2010): New aspects of HbA1c as a risk factor for cardiovascular diseases in type 2 diabetes : an observational study from the Swedish National Register (NDR). *Journal of Internal Medicine*, 268(5),471-82.

Engström, M., Gudbjörnsdottir, S., Johansson, U-B., & Leksell, J. (2016). What is important for you? A qualitative interview study of living with diabetes and experiences of diabetes care to establish a basis for a tailored Patient-Reported Outcome Measure for the Swedish National Diabetes Register. *Open* 2016;6: e <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>

FaR. (2014). *FaR vid diabetes typ1 och typ2*. <http://www.viss.nu/FaR/FaR-Jesper/>

Funell, M. (2012). Tillämpning av empowerment baserad utbildning i egenvård och kontinuerligt stöd vid diabetes. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 141-146). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedurs, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Graue, M., & Haugstvedt (2013). I M. Graue, & A. Skafjeld, (Red.), *Diabetes: Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 287-306). Lund: Studentlitteratur.

Groop, L., Lyssenko, V., & Renström, E. (2011). Orsaker till typ 2 diabetes. I C-D. Agardh & C. Berne, (Red.), *Diabetes*.(sid. 102-126). Liber: Studentlitteratur.

Hansson, A., (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad* (s. 112-141). Lund: Studentlitteratur.

Herre, J.A., Graue, M., Hope Kolltveit, B-C., & Gjengedal, E. (2016). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition -a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(2), 382-390.

Holmström, I. & Röing, M. (2010). Patient empowerment: A discussion on concept. *Patient education and Counselling*, 79(2), 167-172.

Hörnsten, Å., & Graneheim U.H. (2009). A lesson to learn –patient’s critiques of diabetes nursing. *Journal of Advance Nursing*, 11(1), 11-22. <http://ispub.com/IJANP/11/1/4278>

Hörnsten, Å., Stenlund, H., Lundman, B., & Sandström, H. (2008b). Improvements in HbA1c remain after 5 years: A follow up of an educational intervention focusing on patients' personal understandings of type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 81(1), 50-55.

IDF (2017). Internationella diabetesfederationen (IDF)-Diabetes atlas 2017. Hämtad 180102. www.diabetesatlas.org

Insulander, L., & Björvell, H. (2013). Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Södesquist (Red.), *Patientundervisning*. (sid 115-129). (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Isaksson, U., Hajdarevic, S., Abrahamsson, M., Stenvall, J., & Hörnsten, Å. (2014). Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in rural inland community in northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29(3), 525-527.

Iversen, M., & Skafjeld, A. Diabetesvårdens organisation och tvärprofessionellt samarbete. I M. Graue & A. Skafjeld (Red.), *Diabetes: Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 307-319). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, K., Österberg, S., Leksell, J. & Berglund, M. (2016). Patients’ experiences of support for learning to live with diabetes to promote health and well-being: A lifeworld phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 1-11. Published online 2016 aug 17:e doi: [10.3402/qhw.v11.31330](https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31330)

- Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H. & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patientcentered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes A randomized study. *Patient education and counselling*, 99,(11), 1821-1829.
- Karlsen, B. & Bru, E. (2014). The relationship between diabetes-related distress and clinical variables unperceived support among adults with type 2 diabetes: A prospective study. *International Journal of Nursing Studies*,51(3), 438-447.
- Kjellström, S. (2017). Forsknings etik. I Henricson, M.(Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från ide till examination inom omvårdnad* (s. 57-77). Lund: Studentlitteratur.
- Kneck, Å., Klang, L., Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25(3), 558-566.
- Kneck, Å. (2013). Lärande i livet med långvarig sjukdom. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patient undervisning* (s.17-39). Lund: Studentlitteratur.
- Kneck, Å. (2015). *Living with diabetes - a lifelong learning process*. Avhandling. Karolinska Institutet. Tillgänglig: 2015-04-15. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44476>
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Korp, P. (2016). *Vad är hälsopromotion?*. Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelskommittén, Västra Götalandsregionen (2016). Regional medicinsk riktlinje-läkemedel. Diabetes typ 2. Fastställd juni 2016. Giltigt tom. juni 2018. <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3601/Diabetes-typ%202.pdf?a=false&guest=true>
- Lind, M., Svensson, A_M., Kosiborod, M., Gudbjörnsdottir, S., Pivodic, A., Wedel, H., Dahlquist, S., Clements, M., & Rosengren, A. (2014). Glycemic control and excess mortality in type 1 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 371(21):1972-1982.
- Nathanson, D., Sabale, U., Ericsson, J-W., Nyström, T., Norhammar, A., Olsson, U., & Bodegård, J. (2017). Healthcare Cost Development in Type 2 Diabetes Patient Population on Glucos Lowering Drug Treatment: A National Observational Study 2006-2014. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41669-017-0063-y>

Norris, S.L., Lau, J., Smith, S.J., Schmid, C.H. & Engelgau, M.M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycaemic control. *Diabetes care*, 25(7), 1157-1171.

Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500-1509.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice* (6 uppl.). S:t Louis: Mosby

Pellmer Wramner, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2017). *Grundläggande folhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Polit, D., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.

Povlsen, L., & Borup, I. (2015). Health Promotion: A developing focus area over the years. *Scandinavian Journal of Health*, 43(16), 46-50.

Rygg, L., Rise, B. M., Lomundal, B., Solberg, S. H., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in groupbased type 2 diabetes self-management education -A qualitative studies. *Scandinavian Journal of public health*, 38(8), 788-793.

Sagen, J.V. (2013). Diabetesreglering- ett komplex samspel. I M. Graue, & A. Skafjeld, (Red.), *Diabetes. Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 23-78). Lund: Studentlitteratur.

Sciutz, M.L., Bogelund, M., Amdal, T., Jensen, B.B. & Willang, I. (2011). Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 29(5), 654-661.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Svens författnings samling 2017:30. Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2014:821. *Patientlag*. Svens författnings samling 2014:821. Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Socialstyrelsen. (2009). Senaste version av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Hämtad nov 2017. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>

Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes – en vägledning till hälso- och sjukvård*.
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18471/2011-11-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2015) *Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 20 september, 2017 från <Http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen. (2017). *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Stöd för styrning och ledning.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20734/2017-11-3.pdf>

Stenner, K.L., Courtenay, M., & Carey, N. (2011). Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 37-46.

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetens beskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 171215. <https://www.swenurse.se>

Sörman, E. (2012). Diabetessjuksköterska. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 59-65). Lund: Studentlitteratur.

Tenglad, P-A. (2008). Empowerment A conceptual Discussion. *Health Care Analysis: HCA: - Journal of Health Philosophy and Policy*, 16(2), 77-96.

Whitehead, D. (2006). Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4), 165-184

Whitehead, D. (2009). Reconciling the differences between health promotion in nursing and "general" health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 865-874.

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A. Wilman, (Red.). *Omvårdandes grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Wikblad, K. (2012). Egenvårdsutbildning. I K. Wikblad, (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s.129-139). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

Intervjumall

Inledandefrågor:

Person:

Kön:

Civilstånd:

Sysselsättning:

Diabetesduration:

Diabetesbehandling:

Intervjufrågor:

Kan du beskriva det stödet som du får av din diabetessjuksköterska?

Kan du beskriva stöd för din egenvård?

Vilken roll har diabetessjuksköterskan i din egenvård?

Hur samarbetar ni kring din egenvård?

Är det något du saknar i stödet för din egenvård?

Stödfrågor:

Kan du berätta mer om...

Hur menar du med....

Kan du beskriva känslan...

Kan du ge ett exempel....

Vad innebär det för dig att...

Bilaga 2

Bilaga 2. Exempel på innehållsanalys

MENNINGS- BÄRANDE ENHET	KODER	UNDERKATEGORI	HUVUDKATEGORI
Hon har förklarat för mig vad alla tabletter innebär som jag äter. Det har jag inte vetat hur det fungerar innan.	Att få kunskap om behandling ger förståelse	Kunskaps- och informationsförmedling ökar självständigheten och gör vardagen begriplig	Utbildning som stöd i egenvården
Vi pratade om att blodssockret blev så här bra efter min promenad med min hund. Jag är ute 1,5 h då har sockret legat bra. Det är bra att promenera.	Att lära sig av erfarenhet	Erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar	
Vi pratade om olika saker. Olika teman som mat och fötter. Alla fick berätta som de tyckte och kände. Jag lärde mig jätte mycket på de tillfällena... Det var lärorikt!	Att lära sig från varandra: ”peer learning”	Ömsesidigt lärande ökar öppenheten för att lära sig egenvården	
Det ska räcka att träffas en gång per termin. Men i perioder blir jag orolig för att sockret går upp. Då kan det bli varannan månad också...	kontinuitet och tillgänglighet	Kontinuitet och individanpassat stöd leder till ömsesidigt förtroende och teamkänsla	Vårdrelation som stöd i egenvården
Du måste ta ansvar för denna sjukdom själv. Man kan inte vara flera på den. Du måste ha någon som vägleder dig men sedan hemma neej...	Ansvar och självständighet	Stöd i att fatta självständiga beslut ger handlingskraft i egenvården	
Hon är bra på att lyssna på mig. Hon är väldigt bra på att prata med. Jag kan säga vad jag känner och tycker. Hon tar sig tid.	Det känslomässiga stödet	Känslomässigt stöd minskar stress och negativa upplevelser av egenvården	