

PATIENTERS UPPLEVELSER AV SJUKSKÖTERSKANS BETYDELSE VID NYDIAGNOSTISERAD DIABETES

En kvalitativ intervjustudie

Författare:
Malin Olofsson
Viktoria Larzénus

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Diabetes är en växande folksjukdom. När en diabetesdiagnos har ställts känner sig många patienter sårbara och oroliga över att livet i fortsättningen i stor utsträckning kommer att präglas av deras sjukdom. Studien bygger på att undersöka hur patientens upplevelse vid nydiagnostisering av diabetes är, samt sjuksköterskans betydelse för att stödja patienten och visa ansvar när det kommer till att bekräfta och vägleda patienten.

Syfte: Att få kunskap om patienters upplevelser av sjuksköterskans betydelse vid nydiagnostiserad diabetes.

Metod: Induktiv intervjustudie som är baserad på en kvalitativ ansats. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys (Lundman och Hällgren- Graneheim, 2012).

Resultat: I resultatet framkom tre huvudkategorier; patientens oro och ovisshet vid besked om diabetes, individanpassat bemötande samt patienterfarenheter gentemot sjuksköterskans kunskaper. Upplevelser av ett individanpassat bemötande från sjuksköterskan är grundläggande för att patienter med nydiagnostiserad diabetes ska kunna förstå och hantera sin sjukdom, och därmed få en fungerande vardag. För att vården ska bli individanpassad krävs att sjuksköterskan lyssnar på patienten och med dessa patienterfarenheter tillsammans med den medicinska kunskap som finns kunna skapa en optimal vård för varje individ.

Slutsats: Patienterna upplevde sjuksköterskans bemötande viktigt vid nydiagnostiserad diabetes ur ett patientrelaterat perspektiv. De behöver stöd och kunskap för att sedan klara det vardagliga livet. För att patienten ska få en positiv upplevelse vid nydiagnostiseringen av diabetes är kontinuerliga fortbildningar nödvändiga, detta för att patienterna behöver ett individanpassat bemötande och att sjuksköterskan därför behöver lyssna på och förstå patienterna för att tillsammans med dem kunna utforma hälsostödande strategier.

Titel	Patienters upplevelser av sjuksköterskans betydelse vid nydiagnostiserad diabetes En kvalitativ intervjustudie
Författare	Malin Olofsson Viktoria Larzénus
Utbildningsprogram	Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Handledare	Jenny Lovebo
Examinator	Lise-Lotte Ozolins
Adress	Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap
Nyckelord	Bemötande, diabetes, individanpassad vård, nydiagnostiserad diabetes, patienterfarenheter, sjuksköterska

INNEHÅLL

BAKGRUND	1
Diabetes i världen	1
Fakta om diabetes	1
Diabetesens påverkan på individen	1
Individanpassad vård	2
Att få en diabetesdiagnos	2
TEORETISK REFERENSRAM	2
Livsvärld	2
Sårbarhet	3
Livsrytm/ livskraft	3
PROBLEMFÖRMULERING	3
Forskningsfrågor/frågeställningar	3
SYFTE	4
METOD	4
<i>Validitet och Reliabilitet</i>	4
Datinsamling	4
<i>Urval</i>	4
<i>Intervjuer</i>	5
Analys	5
Etiska övervägande	6
RESULTAT	7
Patientens oro och ovisshet vid besked om diabetes	7
Individanpassat bemötande	8
Patienterfarenheter gentemot sjuksköterskans kunskaper	9

DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
<i>Validitet och reliabilitet</i>	10
<i>Datainsamling</i>	10
<i>Urval</i>	11
<i>Intervjuer</i>	11
<i>Etiska övervägande</i>	12
Resultatdiskussion	12
<i>Patientens oro och ovisshet vid besked om diabetes</i>	12
<i>Individanpassat bemötande</i>	13
<i>Patienterfarenheter gentemot sjuksköterskans kunskaper</i>	14
Framtida forskning	16
SLUTSATSER	16
REFERENSER	17
BILAGOR	
1. Informationsbrev	
2. Intervjufrågor	

BAKGRUND

Diabetes i världen

Diabetes är en växande folksjukdom. Över 220 miljoner människor världen över lever idag med någon form av sjukdomen. Av Sveriges befolkning har ca. 3% diagnosen vilket motsvarar 300 000- 400 000 personer (Kneck et al., 2011). Samtidigt lever närmare 200 miljoner världen över med diabetes utan att veta om det. Den största gruppen människor som lever med sjukdomen är mellan 40-59 år. År 2011 avled ca. 5 miljoner människor till följd av sin diabetessjukdom (Diabetesförbundet, 2013).

Fakta om diabetes

Diabetes innebär att blodglukosen är förhöjd. Med det menas att koncentrationen av sockerarten glukos i blodet är hög. Insulin är ett hormon i kroppen som har till uppgift att flytta in glukosen i cellerna (Mulder, 2008). Diabetes benämns av två olika typer; typ-1 diabetes och typ- 2 diabetes. Typ-1 diabetes beror på en metabol rubbning i bukspottskörteln, där insulinet utsöndras. Det innebär att de flesta av kroppens insulinproducerande celler är skadade vilket bidrar till att de inte utsöndrar så mycket insulin som kroppen hade behövt för att bryta ner sockret i blodet. Typ- 2 diabetes innebär däremot att de insulinproducerande cellerna inte producerar insulin normalt, men att mängden utsöndrande insulin inte räcker till för att kroppen ska kunna bryta ner sockret i blodet. Denna nedsatta utsöndring av insulin kallas också insulinresistens (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2009).

Typ-1 diabetes kan visa sig genom att man bland annat blir ovanligt törstig, ökad urinproduktion, påtaglig trötthet, illamående, magvärk och ofrivillig viktning. Om blodsockervärdet är kraftigt förhöjda finns det risk att en syraförgiftning uppstår. Detta kallas med ett annat ord för ketoacidosis. Det kan bero på en rad olika orsaker som bidrar till att man inte får i sig tillräckligt med insulin. Blir blodsockervärdet å andra sidan för lågt kan det leda till en insulinkänning, även kallat hypoglykemi. Detta tillstånd uppstår om man har fått i sig för mycket insulin. Båda dessa är allvarliga tillstånd. Sena komplikationer som kan uppstå vid typ- 1 diabetes är åderförkalkning och nedsatt cirkulation. Detta i sin tur kan leda till en rad följsjukdomar så som kärlkramp, hjärtinfarkt, njurskada, nervskada samt skada på ögats näthinna (1177).

Typ- 2 diabetes visar inte alltid symtom då den kommer smygande. Dessa symtom kännetecknas av trötthet och ökad törst- och urinmängd. Då kroppens celler får en minskad känslighet för insulin kan det leda till en försämring av sjukdomen eftersom att insulinproduktionen minskar. Komplikationerna vid typ- 2 diabetes är de samma som de sena komplikationerna vid typ- 1 diabetes (1177).

Diabetesens påverkan på individen

När en diabetesdiagnos är satt blir många av patienterna sårbara och oroliga över att livet i fortsättningen i stor utsträckning kommer att präglas av sjukdomen (Edwall, Hellström, Öhrn & Danielson, 2008). All ovisshet om hur sjukdomen kommer att te sig och hur mycket som kommer få offras påverkar individen. Att drabbas av en kronisk sjukdom bidrar till många tankar om framtid och hur ens livsvärld förändras med påverkad livskraft och livsrytm (Dahlberg & Segesten, 2010). Då har sjukvården ett stort ansvar att bekräfta och vägleda patienten att få en klar sjukdomsbild och underlätta det vardagliga livet. I forskning av Dunning och Martin (1999) framgår det att majoriteten av patienterna ser diabetes som en allvarlig sjukdom, och att sjukdomens svårighetsgrad ligger i relation till behandlingen som ges. Hela livet behöver inte anpassas helt efter en sjukdom utan det går att leva efter lära och på så sätt behålla så mycket som möjligt från sin vardag innan diagnosen ställdes. Med det

menas att patienten kan leva sitt liv likt livet innan diabetesdiagnosen ställdes med hjälp av rätt information om kost, motion och en eventuell insulinbehandling samt vägledning från sjuksköterskan (ibid.).

När människan och kroppen blir skadad kan människan bli mer sårbar. Sårbar är något alla människor är, men patienter kan uppfattas som mer sårbara då de är i en beroendeställning och har en minskad förmåga att värna om sig själva (Gjengedal et al., 2013). När man är sårbar och utsatt behövs stöd. Man kan vara antingen lättmottaglig eller isolera sig vid sårbarhet. Människor reagerar olika och därför behöver alla individer olika stöd. Sjuksköterskan måste se till olika individer och anpassa vården efter den enskildes förutsättningar (Dahlberg & Segesten, 2010).

Individanpassad vård

Patienter med nydiagnostiserad diabetes som har studerats visar sig inte bara fokusera på diagnosen i sig, utan beskriver även vikten av tydlighet och stöttning av vårdpersonal i samband med diagnosen (Garrett 2004). Danielsson, Edwall och Öhrn (2010) skriver om hur viktigt det är att sjuksköterskan sätter sig in i patientens upplevelser för att på så sätt få en djupare förståelse och därmed kunna hjälpa och främja patientens dagliga liv. Perry, Lowe, Steinbeck, Katherine och Janet (2012) belyser vikten av fortlöpande utbildningar för sjuksköterskor och genom dessa lär de sig individanpassa stödet de ger sina patienter. Som även Persson och Friberg (2009) anser vara av stor vikt. I annan forskning framgår det även att det finns brist på åldersanpassat stöd. Det finns ett stort behov av just detta stöd och kontinuerlig patientutbildning i diabetes samt speciella stödnätverk i samband med utvecklingen av den egna förmågan att hantera sin situation. Detta beror på den generella bristen i vården vad gäller resurser och tillgången till sjukvårdspersonal (Perry et al., 2012).

Att få en diabetesdiagnos

Diagnostisering av diabetes kan ske på olika ställen, oftast på en diabetesmottagning men förekommer också på Vårdcentraler. Diagnosen ställs utav en läkare efter utredning med diverse blodprover. Därefter får patienten träffa sjuksköterskan för mer vidare kontinuerlig kontakt. I en studie av Knack et al. (2011) framkom det att vid diagnostisering av en kronisk sjukdom förändras livsvillkoren och patienterna upplever sjukvården som en trygg punkt att luta sig mot, en pålitlig och säker källa om det finns några oklarheter, frågor eller viss osäkerhet. Men allt detta beror på huruvida sjukvårdspersonalen är lyhörd och villig att ta till sig patientens livsvärld och erfarenheter. När diagnosen nyligen är ställd kan patienten bli extra informationssökande och sjuksköterskans roll här är då extra viktig då hen innehar kompetens och viktig information. Det finns studier som tittar på vården vid nydiagnostisering av en kronisk sjukdom, men inte specifikt för diabetes.

TEORETISK REFERENSRAM

Studien utgår från en vårdvetenskaplig grund med patientens upplevelse i fokus i syfte att stödja och stärka hälsoprocesser. Vårdvetenskap är en utgångspunkt för ett patientfokuserat vårdande, vilket innebär att bland annat sårbarhet, livsvärld, livskraft och livsrytm är viktiga aspekter för att främja patientens upplevelser av hälsa och välbefinnande och minska lidande (Dahlberg & Segesten, 2010).

Livsvärld

Livsvärlden beskrivs som en verklighet där den enskilda människan lever. Livsvärlden är på det sätt en människa upplever sin tillvaro och hur hen förstår sig själv och andra, man delar

den med andra. Genom livsvärlden förstår människan hälsa, sjukdom och lidande, och innehåller även minnen och tidigare erfarenheter samt hur man ser på framtiden. Sjuksköterskan behöver ha insikt och förståelse för patientens livsvärld för att kunna stödja denne. Då krävs både en öppenhet och följsamhet i mötet med patienten. (Dahlberg & Segesten, 2010).

Sårbarhet

Att leva innebär att vara sårbar. Då kroppen är skadad eller sjuk sänks ens förmåga att fungera, vilket i sin tur leder till att individen blir mer sårbar än vanligt (Dahlberg och Segesten, 2010). Alla är mer eller mindre sårbara, men då en sjukdom föreligger kan upplevelsen av sårbarhet förstärkas. Vid sårbarhet kan individen bli isolerande och inåtvänt så väl som mer lättmottaglig för information, då är det viktigt att sjuksköterskan ser till olika individer och anpassar vården efter den enskildes förutsättningar (Gjengedal et al., 2013).

Livsrytm/ livskraft

Livskraft och livsrytm är väsentliga för att känna välbefinnande som ständigt samspelar. Att ha en vilja att leva och känna livslust kan kännetecknas av livskraft. Med hjälp livskraften går det lättare att klara vardagen och se möjligheter. Att ha livsrytm betyder att kunna leva med både stillhet och rörelse på ett balanserat sätt. Rörelsen kan ses på olika sätt, till exempel med en fungerande kropp att vi kan röra oss. Men också att kunna styra sina tankar och känslor och på så sätt kunna påverka ens tillvaro i nuet. Stillhet kan innebära vila och att känna trygghet, på så sätt kunna utestänga känslor och intryck som påverkar ens existens (Dahlberg & Segesten, 2010).

PROBLEMFÖRMULERING

Diabetes är idag en av de vanligaste folksjukdomarna. Det finns mycket forskning bakom sjukdomen, dess förlopp och hur man i framtiden ska kunna förebygga sjukdomen. Forskning om sjuksköterskans roll och bemötande vid nydiagnostiserad diabetes är svårare att hitta då det inte är lika studerat, vilket kan vara ett problem då vårdens bemötande kan upplevas minst lika viktigt som den teoretiska kunskapen om diabetes. Befintlig forskning menar att en kontinuerlig utbildning behövs för att vårdpersonalen ska hålla sig uppdaterad. Vissa studier tyder också på att det är viktigt att patienten får en regelbunden kontakt med en och samma sjuksköterska i den mån det går (Dunning & Martin, 1999), men det behövs mer forskning i Sverige om detta. Bristande förmåga att möta patienterna med nydiagnostiserad diabetes kan innebära att ett vårdlidande kan uppstå, det vill säga ett lidande som orsakas av vården. Vårdlidandet kan påverka patientens livsvärld och bidra till minskad livskraft och obalans i livsrytmen (Dahlberg & Segesten, 2010).

Forskningsfrågor/frågeställningar

- Hur upplevs diagnostiseringen av diabetes i samband med första mötet med sjuksköterskan?
- Hur viktig är sjuksköterskans informationsgivande och bemötande vid nydiagnostiserad diabetes?
- Behövs en personlig kontakt för att hantera en nyttillkommen diabetes?

SYFTE

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av sjuksköterskans betydelse vid nydiagnostiserad diabetes.

METOD

Studien är en kvalitativ induktiv intervjustudie. Studiemetoden valdes i förhållande till syftet i studien där en förståelse för patienters upplevelse av sjuksköterskans betydelse vid nydiagnostiserad diabetes undersöktes. En kvalitativ metod kännetecknas bland annat av djupgående analyser av människors erfarenheter och upplevelser för att skapa nya insikter och kunskaper av en företeelse (Hansagi & Allebeck, 1994). Frågorna om hur informanterna upplevde att få diagnosen diabetes, hur stor betydelse sjuksköterskans roll hade och hur sjuksköterskan kunde påverka upplevelsen ställdes. Genom att göra kvalitativa intervjuer ställs enkla och raka frågor och genom detta få fram svar som ger en helhetssyn av patientens upplevelse (Trost, 2010).

Samtliga intervjuer spelades in och ett fåtal minnesanteckningar skrivs ner under tiden.

Validitet och Reliabilitet

I en metod som är kvalitativ är det viktigt att se till studiens validitet och reliabilitet. Validitet beskriver studiens trovärdighet och reliabilitet beskriver pålitligheten.

Med syfte att stärka validitet och reliabilitet bör intervjufrågor formuleras noggrant och i enlighet med studiens syfte. Att ge informanterna den tid de behöver för att besvara frågorna vid intervjuerna ökar också en studies validitet. Genom att dessutom genomföra provintervju stärks validiteten ytterligare. Även att ljudinspelningar från intervjuer är av god ljudmässig kvalitet stärker en studies validitet (Kvale, 2013).

Författarna till denna studie har en förförståelse om att för många är det viktigt att ha en personlig kontakt i sjukvården istället för att på egen hand läsa till sig informationen via internet och litteratur. Genom att studera patienters upplevelser av sjuksköterskans roll vid nydiagnostiserad diabetes fås en fördjupande insikt i huruvida sjuksköterskans betydelse är väsentlig för patientens hälsoprocess och vardagliga liv.

Datainsamling

Resultatet i denna studie grundades på intervjuer. Intervjuer är den mest effektiva och smidiga metoden för att få kunskap om människors upplevelser. Därför valde studiens författare att göra just en kvalitativ intervjustudie. För att förstå informanternas erfarenheter och livsvärldar gjordes tolkningar av det som sagts i intervjuerna (Eriksson- Zetterquist & Ahrne, 2012).

Då intervjuerna var utförda utfördes transkribering. Detta innebär att inspelningarna skrivs ner till text så utförligt som möjligt. Även pauser, skratt och hostningar antecknas ner för att få med helheten av intervjun. Transkribering är praktiskt eftersom det är enklare att arbeta med en text istället för ett ljudklipp om en jämförelse ska göras mellan två intervjuer (Dahlberg, 1997).

Urval

Studiens inklusionskriterier var att informanten skulle ha diabetes av antingen typ 1 eller typ 2. Samt ha en erfarenhet av ett bemötande med en sjuksköterska då patienten nyligen fått sin diabetesdiagnos och att informanten minns mötet med sjuksköterskan när diagnosen ställdes. Ytterligare ett inklusionskriterie var att informanten rent geografiskt kunde ställa upp på en

intervju i Växjö kommun. Exklusionskriterien var informanter som inte talar och förstår svenska språket.

Studiens urval gjordes via ett bekvämlighetsurval (Trost, 2010). En fråga ställdes via en social medie, tillsammans med en allmän beskrivning om studien, studiens syfte och etiska perspektiv. Frivilliga personer hörde av sig till författarna att de ville ställa upp. Det gavs även ett enstaka tips från bekanta som kände någon med diabetes som kunde tänkas ställa upp. Författarna tog kontakt med dessa med en förfrågan om att medverka i studien.

Totalt valdes fem stycken informanter som var villiga att ställa upp i en intervju.

Ett bekvämlighetsurval valdes då författarna hade begränsat med tid för studien och ville få informanter så snabb som möjligt för att kunna komma igång med arbetet.

Valda informanter till studien var två stycken män och tre stycken kvinnor med olika livsförhållanden och varierande åldrar, mellan 13 och 58 år. Samt att olika lång tid hade gått sedan diagnosen diabetes ställdes; allt i från 5 månader till 7 år sedan.

Dessa informanter valdes eftersom att de hade olika livsförhållanden, vilket är positivt för studien då det kan hjälpa till att ur olika perspektiv belysa syftet (Kneck et al., 2011).

Intervjuer

Intervjun i sin helhet var semistrukturerad (se bilaga 2). Författarna valde däremot att lyssna på informanten, och därefter omformulerades frågorna om det behövdes efter situationen (Hansagi & Allebeck, 1994). Intervjuerna utgick från ett intervjuformulär med noga utvalda och formulerade frågor av öppen karaktär. Dessa frågor ställdes med förutsättning att författarna hade en förmåga att lyssna. Med det menas att se och bekräfta informanten, och att författarna lyssnar på ett följsamt sätt. Att ställa öppna frågor vid intervjuer är ett effektivt sätt att få uttömmande svar grundade på patientens egna erfarenheter (Häger, 2007).

Informanterna fick själv bestämma plats för att skapa en bekväm och trivsamt situation. Platserna som valdes var allt ifrån ett tyst grupprum på biblioteket mitt på dagen där ingen kunde höra samtalet, till ett café på kvällen som en gav vederbörande informant en harmonisk miljö med liv och röster runt omkring (Trost, 2010). Innan intervjuerna ägde rum genomfördes en provintervju. Detta för att testa om intervjufrågorna tolkades rätt av informanten så att dessa gav svar som belyste syftet, men också för att rent praktiskt få "öva" på att genomföra en intervju (Hansagi & Allebeck, 1994).

Studiens samtliga intervjuer ljudinspelades och var beräknade att ta cirka 45 minuter. De flesta höll tidsplanen, men enstaka intervjuer tog allt från 45 min till 80 min. Båda studiens författare var medverkande under samtliga intervjuer. En var huvudansvarig och ställde frågorna medan den andra satt mer i bakgrunden och skrev ner stödanteckningar, skötte ljudinspelningen samt ställde kompletterande frågor. Vem som var huvudansvarig varierades mellan intervjuerna.

Analys

Denna studie bygger på att tolka transkriberade texter som beskriver patienters upplevelser av sjuksköterskans kompetens och bemötande vid nydiagnostiserad diabetes. Tolkningarna av transkriberingen ligger till grund för resultatet.

Analysen byggdes på en innehållsanalysmetod. Innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) innebär att först läsa intervjun enskilt och att sedan tillsammans

sammanställa gavs ett bredare perspektiv på patientens upplevelse. Detta för att först bilda en egen uppfattning och tolkning för att sedan göra en gemensam sammanställning av texterna. Författarna bearbetade transkripten från intervjuerna via en innehållsanalys som innebär att meningsenheter hittas, och via kondensering och koder hittas kategorier. Det vill säga att viktiga stycken som svarades an på studiens syfte valdes ut, som sedan via kondensering förkortades ner men ändå behöll väsentligt innehåll. Från dessa förkortningar skapades koder och genom gruppering kategoriserades koderna (se tabell I). Dessa kategorier ligger till grund för studieresultatets innehåll och via dessa formulerades olika teman som resultatets huvudrubriker byggdes på: att få beskedet, individanpassad vård och patienterfarenheter gentemot sjuksköterskans erfarenheter. Likheter och skillnader hos patienters upplevelser jämfördes och ligger till grund för resultatet. Genom att jämföra frågeställningarnas likheter och skillnader i svaren gavs en bredare förståelse till författarna om vikten av sjuksköterskans roll vid nydiagnostisering av diabetes. På så sätt gick författarna inte miste om någon viktig information (ibid.). Efter transkribering raderades genast ljudfilen.

Tabell I

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
Allt var nytt och jag visste ingenting. Jag visste inte vilka som fick diabetes, om det var ärftligt eller smittsamt och så vidare	Allt nytt, visste ingenting. Vilka drabbas? Ärftligt? Smittsamt?	Allt nytt, ovisshet om diabetes	Patientens oro och ovisshet vid besked om diabetes
Jag vill bli bemött mer på min nivå	Bemött på min nivå	Bemötande	Individanpassat bemötande

Etiska övervägande

Informanterna i intervjustudien upplystes om de forskningsetiska aspekterna muntligt i samband med att intervjun ägde rum. En blankett om etisk egengranskning skickades in till Etikkommittén Sydost, som gav ett utlåtande med synpunkter och tips för att genomföra studien.

De intervjuer som genomfördes följde Helsingforsdeklarationen (2013). Detta genom att informanterna fick skriftlig information via post innan intervjun genomfördes, om studiens syfte och att informanten var konfidentiell (se bilaga 1). Vid intervjutillfället gavs ett skriftligt samtycke om att medverka samt information om att intervjun var frivillig och att de kunde avbryta intervjun när de ville. Då en av studiens informanter var omyndig informerades vårdnadshavaren till denne och fick tillsammans med sitt barn lämna samtycke om att intervjun fick genomföras.

Att ha etiskt perspektiv på en intervjumetod innebär att för- och nackdelar jämförs om hur pass mycket nytta studien gör i relation till risken för den enskilde individen eller en grupp människor (Hansagi & Allebeck, 1994). Tidsåtgången och besväret informanterna behövde lägga på intervjuerna kan ses som en nackdel ur ett etiskt perspektiv enligt författarna.

Samtidigt kunde detta medföra nytta då informanten fick tid på sig att prata till punkt, samt fick ett tillfälle att prata av sig och intervjun kunde då få en terapeutisk effekt.

En annan nackdel med denna intervjustudie kunde vara att känsliga frågor ställdes som väckte obehag hos informanterna, för att minska riskerna för detta var frågorna formulerade på ett sätt att djupa, obehagliga tankar inte skulle väckas samt att författarna var följsamma och lyhörda gentemot informanten. De kunde även känna en viss oro att informationen kom ut till obehöriga då intervjun hölls. Detta var svårt att förebygga då två av intervjuerna hölls på en offentlig plats, därför rekommenderade studiens författare att intervjuerna skulle hållas till exempel i informantens hem. Att information senare skulle läcka ut vid analysering och transkribering har förebyggts genom att kravet om konfidentialitet har hanterats genom att förvara allt material så att ingen obehörig kan ta del av den (Helsingforsdeklarationen, 2008).

RESULTAT

Detta avsnitt är uppdelat i tre olika kategorier; att få beskedet, individanpassad vård och patienterfarenheter gentemot sjuksköterskans erfarenheter.

Informanterna till denna studie upplevde det som en chock att få beskedet om en diabetesdiagnos. För att ge patienten en positiv upplevelse kring diagnostiseringen har sjuksköterskan en viktig roll. Det vill säga att bemöta på en individanpassad nivå och sedan vårda därefter. En personlig kontakt med en sjuksköterska var för informanterna av stor vikt. Sjuksköterskan bör vara expert på de medicinska delarna samtidigt som de ger patienten ett gott bemötande, emellertid patienten är expert på sig själv utifrån sina egna erfarenheter och upplevelser.

Patientens oro och ovisshet vid besked om diabetes

Flertalet av informanterna upplevde sin diagnos som ett slag i ansiktet. Eftersom de själva aldrig upplevt att de mått dåligt kom diagnosen som en chock. Då var sjuksköterskans bemötande ytterst viktigt.

“Allt var nytt och jag visste ingenting. Jag visste inte vilka som fick diabetes, om det var ärftligt, smittsamt och så vidare” - Informant 1

Informanterna beskrev att frågorna dök upp en efter en. Sjuksköterskans sätt att ta sig an frågorna önskades ske på ett ärligt och rättvist sätt. En av informanterna berättade att hen blev helt chockad vid diagnosen, då det uppkom vid en vanlig hälsokontroll. Informanterna berättade om sin oro och om att de kanske aldrig skulle kunna leva som förr igen. De var också oroliga för att de aldrig skulle kunna äta sötsaker och att de skulle behöva anpassa hela sitt liv efter sin sjukdom. Intervjupersonerna beskriver att här har sjuksköterskan en stor och viktig roll för att ge patienten rätt information och om att livet inte tar slut på något sätt. Majoriteten av informanterna berättade att enligt sjuksköterskan kan man faktiskt leva ett liv likt sitt gamla med endast små justeringar och uppoffringar i vardagen. Detta var en viktig information enligt informanterna.

Jag hade absolut inte kunnat läsa mig till all den kunskap jag fick under de första dagarna och veckorna av min sjukdom. Då är man helt paralyserad, och behöver få informationen pedagogiskt uppdelad i småbitar- learning by doing. - Informant 5

Genom att då blivit bemött på ett professionellt sätt av en sjuksköterska med inställningen om att allt kommer bli bra förändrades synen och perspektivet på sjukdomen och patienten upplevde sig mindre orolig.

Individanpassat bemötande

Ur intervjuerna framkom det att en individ- och nivåanpassad vård av sjuksköterskorna var högt prioriterad hos informanterna. När en diabetesdiagnos ställs uppstår lätt ett inre kaos med sårbarhet och då är det viktigt att ha ett stöd i form av en sjuksköterska som kan ge individ- och nivåanpassad information och vägledning. Beroende på informantens ålder värderades informationsgivandet på olika sätt. Samtliga ville ha en fast vårdkontakt med en sjuksköterska som de kunde vända sig till.

“Jag har en fast kontakt i vården, ett fast ansikte med ett namn att vända mig till och som är länken mellan mig och läkaren” - Informant 2

Somliga ansåg att genom bara att ha ett namn och ett ansikte på en sjuksköterska blev de trygga och valde att leta efter mycket information på egen hand tillsammans med vänner och familj. Att sedan ha en fast sjuksköterskekontakt kunde feedback och svar på eventuella funderingar ges.

Andra informanter värderade en personlig kontakt mellan fyra ögon högst. De kunde inte tänka sig något annat än att få sitta ner tillsammans med en sjuksköterska och få all information och svar på sina frågor och funderingar som uppstått då de nyligen fått sin diabetesdiagnos.

En informant ansåg att om all information skulle läsas på egen hand hade det känts som hen gick miste om massor viktig information. Informanten ansåg också att det var väldigt bra att få en personlig kontakt. När hen gick på sina vårdbesök så var det skönt att kunna ställa frågor som dykt upp sedan sist. Flera informanter påstod också att det var viktigt att veta att de har en direktkontakt, inte en massa telefonköer och väntetider emellan, till sin sjuksköterska.

När man drabbas av en sådan här kronisk sjukdom uppstår tusen frågor. Därför är det viktigt att känna ett band till sin sjuksköterska, en tillit. Utan att överdramatisera gavs insikt om konsekvenserna av diabetes. Hellre att sjuksköterskan gav ärliga, men lite skrämmande svar än att de inte svarade alls. Att få veta vad diagnosen samt sjukdomen innebär är av stor vikt. Exempelvis hur man på bästa sätt sköter sin egenvård, det vill säga hälsa med kost och motion. Genom detta kan en god hälsa uppnås trots att en diabetesdiagnos föreligger. De ansåg även att det är viktigt att känna till följsjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar, njurproblem med mera. Vården ska berätta på ett sätt utan att skrämma.

En av informanterna uttryckte uppskattningen till sjuksköterskans personliga informationsgivande, enligt följande:

“Hon fick mig att tycka diabetes var lite coolt, att det var en del av mig, inte hela mig. Jag lät den därefter bli just det - en del av mig” - Informant 3

Genom detta fick informanten ny livskraft och kämpaglöd för att hantera sin sjukdom. Via livskraft kunde en livsrytm hittas och sjukdomen kunde anpassas efter vardagen. Informanten menar med detta att sjuksköterskan bör se till den enskilda individen genom att visa respekt och skapa en god relation. Det görs genom att se individens livsvärld och sätta sig in hos patientens erfarenheter och upplevelse. Flertalet av informanterna ville bli mer bemötta på sin nivå än de upplevde att de blev, vilket kan vara ett ungt studentliv som innebär oregelbundna

mat- och sovttider med en del festande som absolut inte gynnar diabetes. Att ge en individanpassad vård innebär att sjuksköterskan är väl insatt i hur man bemöter olika människor och deras livsvärldar.

Patienterfarenheter gentemot sjuksköterskans kunskaper

Det framkom av en informant att vården har dåliga resurser gällande diabetesvård, som påpekade att hen fått jaga sin vårdkontakt efter första mötet då en önskan om återbesök fanns, via långa telefonköer och telefonsvarare. När hen väl fick tag på en sjuksköterska var väntetiden på ett besök upp mot tre månader, vilket ansågs vara under all kritik. Väl på plats upplevdes vårdpersonalen stressad. De påpekade flertalet gånger hur mycket de hade att göra. Detta bidrog till att informanten kände sig som en belastning för vården och skyldig som tog upp deras tid.

En annan informant upplevde helt tvärtemot och var jättenöjd med allt som hade med diabetesvård att göra. Hen hade fått sig tilldelad en egen sjuksköterska med kontinuerligt inplanerade besök. Vårdens ansågs vara en plats att bekräftas på och att få svar på sina frågor. En plats att få känna sig lättad på genom att få avlasta sin ångest.

De egenskaper som uppskattades hos en sjuksköterska var att de ingav ett lugn och bemötte på ett behagligt sätt så att patienten kände tillit gentemot sjuksköterskan. Tillit upplevdes då sjuksköterskan pratade om det hen visste och var säker på sin sak, till exempel att ge bra tips på hur kost och motion påverkar välmåendet och vardagen. På så sätt skapades ett band, då sjuksköterskan var noga med att poängtera vad en diabetiker borde äta mindre av och inte var tvungen att helt sluta äta. Samt att motionen var lika viktig som kosthållningen.

Patienten är expert på sig själv och bygger upp sin egen erfarenhet om sin sjukdom medans sjuksköterskan är expert på just kostrekommendationer, medicinering och bemötande. Relationen mellan patient och sjuksköterska varierade från fall till fall, majoriteten av informanterna ville snarare ha en kompisrelation med sin sjuksköterska än en vårdrelation. En av informanterna uttryckte att hen varken ville bli sedd eller behandlad som en patient, utan ville ha en gemytlig och ärlig konversation. På så sätt bli puttad åt rätt håll av sjuksköterskan. Hen ville heller inte bli associerad som en diabetiker och att sjukdomen var hela individen, utan var tydlig med att diabetes var bara en liten del av hen.

Att ha en personlig kontakt med sjuksköterskan är viktigt ansåg samtliga informanter. Utöver denna personliga kontakt ansåg två av informanterna att en kontakt med andra erfarna diabetespatienter var givande. Dessa informanter vände sig till olika former av sociala medier, då de nyligen fått sin diabetesdiagnos. De berättade att dessa forum är viktiga för att känna att man inte är ensam om sin sjukdom. Det finns fler personer som har upplevt liknande saker i livet och att få prata av sig och ställa frågor till personer med liknande levda erfarenhet kan var till stor hjälp och trygghet. En informant är med i en Facebook grupp med andra diabetiker. Detta för att få tips och råd, eller bara för att prata av sig. Detta för att veta att andra upplevt liknade situationer och känslor som en själv, det kan vara skönt att inte vara ensam.

DISKUSSION

Ett bemötande av sjuksköterskan på en individanpassad nivå är grundläggande enligt informanterna med nydiagnostiserad diabetes för att få en innebörd av sin sjukdom, och därmed en fungerande vardag. Genom att sjuksköterskan lyssnar på patienten och ser till dess erfarenheter kan vården bli individanpassad, och tillsammans med den medicinska kunskap som finns skapas en optimal vård för varje individ.

Metoddiskussion

Studiemetoden valdes efter syftet som är att få kunskap om patienters upplevelser av vikten av sjuksköterskans bemötande och kompetens vid nydiagnostiserad diabetes. Då det är upplevelser och erfarenheter som ska beskrivas kan en induktiv intervjustudie göras (Hansagi & Allebeck, 1994).

Fördelen med att göra en induktiv intervjustudie är att få ta del av en levd erfarenhet och på så sätt få en inblick i patienternas livsvärld. Hade studiens syfte däremot valt att belysa till exempel hur många patienter som är nöjda med sitt bemötande i vården hade studien fått en deduktiv kvantitativ ansats (Troost, 2010).

Validitet och reliabilitet

Studiens reliabilitet stärks genom att författarna skriver på ett sådant noggrant sätt att en annan forskare i princip kan sätta sig in i texten med samma "författarglasögon" (Kvale, 2013). Validiteten stärks då författarna har utformat frågor av en god kvalitet och ställer dessa på ett sätt så att informanten lätt förstår frågan, och får tid på sig att svara på ett utförligt sätt. Ytterligare något som har ökat denna studies validitet är att en provintervju har utförts innan de efterkommande intervjuerna äger rum för att se så att frågorna stämmer överens med studiens syfte. För att se så att dessa frågor var lämpade och av god kvalitet utfördes en provintervju som kan vara ett bra sätt för att "öva" på att genomföra en intervju. Dels för att se på ett ungefär hur lång tid den kommer att ta, men även för att se hur genomförandet av intervjun kommer se ut i stora drag. Då denna provintervju blev av tillräckligt god kvalitet, blev den inkluderad i studien.

Något som däremot kan minska studiens validitet är om ljudinspelningen är av dålig kvalitet så att en transkribering är svår att utföra. Detta medför en stor risk för feltolkningar och missförstånd. En av intervjuerna i studien hölls på ett café, efter informantens önskemål vilket var en risk författarna tog när det gäller kvalitén på ljudinspelningen samt att folk runt omkring hade kunnat höra intervjun som motsäger studiens etiska överväganden.

Ett validitetskriterium i kvalitativa forskningsstudier är att redovisningen innehåller en tydlig beskrivning om hur datainsamlingen och dataanalysen har gått till (Dahlberg, 1997) vilket författarna till denna studie anser finns. Andra faktorer som berör validiteten är forskarrollen, vilket innebär att författarna bör förbise förförståelsen och därmed tolkar intervjumaterialet på ett kritiskt sätt (Kvale, 2013). En förförståelse finns om att sjuksköterskans roll är enormt viktig och betydande då patienten nyligen har fått diagnosen diabetes. Då kan det vara av en god idé att forska tillsammans med någon så att den egna tolkningen kontrolleras (ibid.), som är gjort i denna studie.

Datainsamling

Fördelar med att göra en intervjustudie är att det var tidseffektivt och gav en bred grund med mycket information att utgå ifrån. En svaghet kan däremot vara att resultatet byggdes på ett

samtal med en person vid ett enda tillfälle där allt som sades kunde fångats av hur personen mådde just då, trots att informationen hade en ärlig grund (Eriksson- Zetterquist & Ahrne, 2012). Studien bygger på fem stycken intervjuer som kan ge möjligheten att överföra resultatet från denna studies informanter till allmänheten (Thomsson, 2010). Men då det endast är ett få antal medverkande informanter i denna studie kan en dålig dag hos en informant påverka svaren och därmed resultatet negativt. Detta i sin tur minskar studiens generaliserbarhet eftersom resultatet kan ha fångats av personens mående.

Studien hade kunnat bygga på en bloggstudie eller självbiografier, då det ger en möjlighet att sätta sig in i olika individers livsvärldar utan att de behöver delta. Men då även observationer av informanternas kroppsspråk och uttryck ville fångas valdes en intervjustudie. Hansagi & Allebeck (1994) belyser vikten av att känna av kroppsspråket, mimiken och ögonrörelser vid en intervju, då det ger en annan förståelse. Detta applicerade författarna till denna studie under samtliga intervjuer genom att läsa av informanternas kroppsspråk, mimik och gester så som hostningar, skratt och pauser. Dessa antecknades under intervjuens gång och författarna tog till hänsyn av detta vid transkriberingen. Efter vårt syfte hade det inte varit bättre att göra på ett annat sätt. Hade vi däremot velat veta hur många patienter som är nöjda med vården idag etc. hade studien kunnat göras på en kvantitativ ansats genom att göra en stor enkätstudie på ett större antal medverkande personer.

Urval

I urvalet som gjordes via ett bekvämlighetsurval hittades fem stycken informanter. En fördel med ett bekvämlighetsurval är att informanter självmant hör av sig och vill ställa upp vilket inte innebär att de känner sig tvingade att medverka i studien (Trost, 2010).

En annan urvalsmetod hade varit att lämna en informationslapp till en avdelningsansvarig för en organisation och hen hade sedan delat ut denna information. Fördelarna med detta hade varit att medverkan hade varit helt frivillig från patienterna och att dessa själv hade fått tagit kontakt med författarna. Men författarna hade en förförståelse om att det blir en bredare variation av informanter via ett bekvämlighetsurval gällande ålder, kön och livssituation, då det inte finns någon specifik inriktning på informanter. Att informanterna är av olika åldrar stärker studiens resultat eftersom det ger erfarenheter på olika nivåer och perspektiv då deras levnadssätt skiljer sig åt (Trost, 2010). Trots detta så stämde upplevelsena överens. Forskarna fick därmed flera olika perspektiv på erfarenheter att ta del av. Dessa kunde sättas i relation till varandra och med tidigare forskning i form av artiklar.

Intervjuer

Innan intervjuerna genomfördes fanns en viss nervositet hos författarna då intervjuer var en ny metod att använda sig utav. Tack vare provintervjun och chansen att få öva blev författarna mer bekväma och säkra inför kommande intervjuer. Det gick över förväntan och var ett roligt och givande sätt att samla in data på då man fick chansen att fånga även kroppsspråk och gester.

Det var viktigt att informanten fick tala till punkt och ha tid på sig att svara. Det är viktigt att försöka hålla beräknad tid av respekt för informanterna (Trost, 2010). Att intervjuerna tog allt ifrån 45 min som de var beräknade att ta till 80 min kan berott på att frågorna var av så pass öppen karaktär så att informanten fick till stor del tala fritt. Det var bra på så sätt att författarna fick ut mycket information. Nackdelen var att informanterna i förväg hade fått en tidsplan att intervjuerna var beräknade att ta 45 minuter.

Studiens samtliga intervjuer ljudinspelades och var beräknade att ta cirka 45 minuter. De flesta höll tidsplanen, men enstaka intervjuer tog allt från 45 min till 80 min. Båda studiens författare var medverkande under samtliga intervjuer. En var huvudansvarig och ställde frågorna medans den andra satt mer i bakgrunden och skrev ner stödanteckningar, skötte ljudinspelningen samt ställde komplementärande frågor. Vem som var huvudansvarig varierades mellan intervjuerna.

Etiska övervägande

När samtliga informanter gett ett godkännande att medverka i studien skickades informationsblad ut via post. Detta för att ge informanterna en tid att förbereda sig inför intervjun, men också för att tillgå information gällande etiska överväganden samt eventuella funderingar (Hansagi och Allebeck, 1994). Samma författare menar att detta är viktigt då informanterna har rätt till information om den studie de ska delta i. Då en av deltagarna var minderårig gick all information via målsman för denne, vilket är viktigt för att få ett samtycke och godkännande. En nackdel med att informationen sker indirekt till informanten kan vara att målsman kan pressa sitt barn att delta i studien trots att denne inte vill. Det finns också en risk att målsman kan påverka barnets åsikter och därmed ge ett icke tillförlitligt svar (Trost, 2010).

Resultatdiskussion

Patientens oro och ovisshet vid besked om diabetes

Den första tiden efter en diagnos har ställts och kroppen blir skadad och drabbad av en sjukdom kan lätt förmågan att fungera och tänka klart sänkas. Individens kan då bli mer sårbar, vilket resulterar i att information inte tolkas korrekt (Gjengedal et al., 2013).

När diagnosen diabetes ställs dyker många tankar upp. Flertalet informanter beskrev sina tankar om allt ifrån hur allvarlig sjukdomen är till hur deras liv kommer att se ut i framtiden. Sjuksköterskans roll bli här väldigt central när det gäller bemötande, stöd och vägledning. Detta stöds av Hörnsten, Sandström och Lundman (2004) som skriver om vikten av att förstå innebörden av sin diabetes. Att ta emot diagnosen är inte samma sak som att acceptera att man har diabetes.

Samtliga av personerna som har intervjuats i denna studie berättade om hur viktig sjuksköterskans roll var vid bemötandet då diagnosen av diabetes ställdes. Bilden som målades upp i huvudet var ett liv utan godsaker och en framtid formad efter sin diabetes. Sjuksköterskans roll är då viktig för att ge patienten nya perspektiv att se på sin framtid med diabetes.

Persson och Friberg (2009) påstår att konsekvenserna till om sjuksköterskan inte hade bemött på detta sätt hade blivit att patienten levit i en ständig oro och ovisshet över sin framtid, och att inte känna till vilka livsstilsförändringar som krävs. Sjuksköterskan i detta fall var extremt professionell enligt informanten och fick hen att inse att sjukdomen kommer bara vara en liten del av livet, som man med tiden lär sig att anpassa sig efter. Tidigare forskning av Hörnsten et al., (2004) visar att patientens uppfattning av sin diabetes i det vardagliga livet påverkar planeringen som krävs för en meningsfull vård. De skriver också om vikten av att anpassa livet efter sin sjukdom, för att detta ska kunna ske krävs ett mod hos patienten att våga göra en förändring i livet.

En minoritet av de intervjuade till vår studie var angelägna att redan vid nydiagnostiseringen få veta om sjukdomens konsekvenser och eventuella följsjukdomar. Detta anses vara

sjuksköterskans ansvar att informera om, samt om hur ens livsstil kan påverka sjukdomens allvarlighetsgrad, att informera om hur pass allvarlig diabetes faktiskt kan vara om den missköts (Dunning & Martin, 1999). Två andra informanter till denna studie ansåg snarare att i stunden då diagnosen precis har ställts dyker det upp så många frågor och funderingar om allt runt omkring diagnosen och sjukdomen i storhet, att information om eventuella konsekvenser och följsjukdomar inte prioriterades i nuläget. Däremot ansåg majoriteten att ställer de själva frågan vill de ha ett ärligt svar, fastän det kan vara skrämmande. Här betonas återigen vikten av sjuksköterskans kompetens och förmåga att kunna nivå- och individanpassa sitt bemötande.

Individanpassat bemötande

Resultatet visar att en majoritet av informanterna ansåg att det första mötet med sjuksköterskan ska bygga upp en tillitsfull och respektfull relation med patienten, vilket uppnås om sjuksköterskan besitter den kunskap och kompetens som krävs. Detta kan stärka patientens hälsoprocesser då en trygg relation byggs upp och patienten kan känna delaktighet (Dahlberg & Segesten, 2010). Ur intervjuerna framkom det också att vården behöver individanpassas på en nivå som passar den enskilde individen. Detta för att det inte är samma att ge råd och vägledning till en 25-årig kille som är mitt i studentlivet som till en 60-årig kvinna som kanske har en regelbunden livsrytm när det gäller sömn och kosthållning. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver detta genom att vårda ur ett livsvärldsperspektiv, där just den enskilde individens livsvärld sätts i fokus.

Resultatet visar också att för att kunna leva ett liv så likt sitt tidigare liv med sin diabetes kan vissa uppoffringar behöva göras. Det är ett eget ansvar patienten tar över sin egen kropp, som en informant antydde, medan sjuksköterskan har som ansvar att på ett individanpassat sätt ge patienten rätt information. Det kan till exempel innebära att samma information och riktlinjer inte ges till en ung person som lever ett oregelbundet studentliv jämfört med en medelålders person som förmodligen lever ett regelbundet liv. Fortsätter livet rulla på som innan sjukdomen kommer hälsan troligen inte tacka en med åren, jämfört med att istället göra små justeringar. Dessa nya vanor kräver en förståelse av diagnosens innebörd skriver Hörnsten et al. (2004). De menar att det är omöjligt att fortsätta leva som förr och på så sätt vägra acceptera din diabetes. Ibland måste den enskilde individen ifrågasätta sig om det finns några val. Informanterna i denna studie var samtliga enade om att uppoffringar krävs, men poängterade flertalet gånger att de inte låter sin diabetes bli hela deras liv, utan bara en del av det. Genom livskraft var dessa uppoffringar möjliga att genomföras, och på så sätt skapa en fungerande vardag, vilket Dahlberg och Segesten (2010) menar är av stor betydelse för upplevelse av hälsa.

Sjukdomsinsikt och erfarenhet skapas då sjukdomen kan accepteras och genom att ta emot och bearbeta rådgivning om livsstilsförändringar som är nödvändiga för att upprätthålla en vardag så lik den som brukade finnas. För att patienten ska kunna ta emot sådan information krävs att sjuksköterskan antar ett patientperspektiv och förstår patientens livsvärld med dess behov (Persson & Friberg, 2009). Informanterna till denna studie uttryckte det som en nödvändighet att sjuksköterskan anpassade sig efter deras behov och nivå för att på så sätt kunna ta emot och förstå informationen. De upplevde även att det är bättre med muntlig information i stället för brev och papper som ändå inte kommer läsas med noggrannhet, samt att det inte går att ställa en fråga till ett papper om något inte förstås som det går att göra till en sjuksköterska om en fråga dyker upp. Detta uppdagades även i Persson och Friberg (2009), där det framkom att patienterna var tacksamma för ärliga dialoger, samt att det var viktigare

med en personlig kontakt i stället för ett brev på posten som förmodligen ändå hade gått i soptunnan.

För att kunna leva upp till informanternas önskemål om ett gott bemötande med vägledning, yrkesprofession och expertis krävs kontinuerliga fortbildningar för sjuksköterskorna (Dunning & Martin, 1999). I förhållande till den tidigare forskningen som finns framkom det att individanpassad vård där patienten syns och hörs är centralt. Det krävs fortlöpande fortbildningar för sjukvårdspersonalen för att få de senaste uppdateringarna om diabetes och nivåanpassat bemötande (Hörnsten et al., 2008).

Patienterfarenheter gentemot sjuksköterskans kunskaper

En majoritet av informanterna ansåg att vården har viss brist på dels resurser så väl som tillgängligheten till kommunikation. Fastän en fast vårdkontakt att vända sig till och kunna ställa frågor kan ses som en självklarhet. Även Visentin, Koch och Kralik (2006) menar att det finns stora brister i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska när det gäller kommande vård. Detta är ett problem som måste motverkas då kommunikation mellan patient och vårdare är central för att patienten ska bli delaktig vilket stärker hälsoprocessen (Dahlberg & Segesten, 2010).

Den minderårige informanten ansåg att föräldrastödet var viktigt, något som bekräftas av Sholes et al. (2012) som fann att föräldrastödet är minst lika viktigt som stödet från sjuksköterskan. Vårdande av unga med diabetes innebär blandade känslor, precis som Hörnsten et al. (2004) nämner i sin studie om personers förståelse av sin diabetessjukdom. De ser vikten av att ge patienten en tydlig bild av sin sjukdom för att själv kunna ansvara för sin vård. Flertalet av informanterna i denna studie benämnde vikten av sjuksköterskans kompetens och kunnande för att ge en klar bild av sjukdomen. Detta menar även Visentin et al. (2006) som säger att sjuksköterskan måste finnas och vägleda patienten och låta de misslyckas för att kunna bli expert på sig själv och lära sig egenvård.

Då en av informanterna är av ung ålder behövs föräldrarnas motivering till barnet, genom att följa med på diabeteskontroller och hålla i trådarna, fram tills dess att barnet blir äldre och kan ta eget ansvar för sig själv. Denna minderårige informant hade åsikter kring detta som till fullo stärker tidigare forskning (Sholes et al., 2012). I forskningen framgår det att föräldrastöd är väsentligt för att hantera diabetes i ung ålder då ett barn kan vara oförmögen att ta in information och veta vad som är viktigt att ha med sig om sjukdomen för framtiden.

Samtliga informanter i denna studie ansåg att sjuksköterskan skulle vara lugn, tillitsfull, engagerad och på ett bra och professionellt sätt föra över information. I en tidigare studie av Persson och Friberg (2009) beskrivs vikten av att ha en uppriktig dialog med sjuksköterskan. Att som patient bekräftas av sin sjuksköterska var en komponent som värderades högt. En deltagare i denna studie belyste även vikten av att en sjuksköterska är förtroendefull och skapar en ärlig dialog samt lyssnar på patienten. En av de intervjuade ville, precis som Persson och Friberg (2009) visar, få känna sig unik. Detta skriver även Edwall et al. (2008) i en gjord studie om att bli bekräftad. De belyser också vikten av att få patienter delaktiga i vårdandet. Det är en viktig del för att förbättra följsamheter och därmed också ge insikt till hälsobeteenden.

I samma studie av Edwall et al. (2008) framkom det att informanterna hade positiva erfarenheter av sjuksköterskans bemötande. De var respektfulla och vänliga eftersom att det gavs tid att se och lyssna på patienten. Detta skapade en ärlig och förtroendefylld dialog

mellan sjuksköterskan och patienten. Det var delade åsikter hos informanterna i denna studie om hur bemötandet varit vid nydiagnostiseringen. Vissa av dem hade upplevt ett gott och anpassat bemötande av sjuksköterskan medan vissa hade upplevt ett sämre bemötande. Går man hos samma sjuksköterska i största mån och av denne får en anpassad kunskap om diabetes blir man vägledad efter sina egna förutsättningar och kan då utveckla en oberoende gentemot vården och att få lära sig vad som är bäst för en själv. Man får en erfarenhet, som en av informanterna uttryckte det. Men för att få en erfarenhet och för att skapa nya vanor krävs av patienten att man förstår diagnosen (Hörnsten et al., 2004).

En förmåga att bekräfta och guida patienten i sjukdomsprocessen är en viktig egenskap som sjuksköterskan bör ha. Utan denna bekräftelse av sjuksköterskan i det skede då diagnosen är nyställd, kan det leda till en känsla av vilshenhet och ensamhet. En informant i denna studie betonade att vårdens ansågs vara en plats att bekräftas på och att bli sedd. Det innebär att utgå från ett livsvärldsperspektiv, det vill säga att lyssna och se patienten och därefter anpassa kunskapen till den enskilde. Det är viktigt att ha i åtanke att patienten är expert på sig själv och sjuksköterskan är expert på vården (Danielsson et al., 2010). Om en sjuksköterska kan bemästra detta upplever många personer med diabetes att de har varit delaktiga i sin vård, och att de blir mer självsäkra och kan utifrån detta ta egna beslut om vad som är bäst för just dem själva. En majoritet av informanterna betonade vikten av att få vara delaktiga i vårdandet av sin diabetes för att sedan kunna genomföra egenvård. Samtidigt vet de om att de har sin sjuksköterska bakom sig att vända sig till vid frågor och funderingar samt att veta att de inte är ensamma i sin sjukdom, vilket även Edwall et al. (2008) lyfter fram är viktigt.

Vid diagnostisering av diabetes upplevde somliga informanter i denna studie att de var helt ensamma och att ingen förstod deras känsla och situation. Men vid samtal med sjuksköterskor som hade erfarenhet av tidigare diagnostiseringar fick de en insikt att det fanns fler i samma situation. Att inte vara ensam med sin sjukdom är en viktig känsla. Att få prata med andra med levande erfarenhet kan vara lättande (Edwall et al., 2008). Det kan också uppnås genom att använda sig utav sociala medier. Till exempel Facebook, som en av informanterna i denna studie använt sig mycket av för att få prata med andra som har diabetes och där med levande erfarenheter och upplevelser. Informanten uppger att vid samtal med andra personer på Facebook som har diabetes kan en känsla av betydelsefullhet uppstå då hen kan ge och få tips och på så sätt dela information med andra. Informanten upplever att sjuksköterskan har svårt att ta emot upplevelser om den egna erfarenheten. Om informanten skulle berätta om sin erfarenhet kring diabetes tas de inte riktigt på allvar. Det anser informanten är något viktigt som sjuksköterskor bör ha med sig i sin yrkesroll, att patienterfarenheter också är viktiga.

Att ta hänsyn till patienterfarenheter skriver Hörnsten, Lundman, Almberg och Sandström (2008) om. I den studien som är ur sjuksköterskans synvinkel framgår det att sjuksköterskorna prioriterar den medicinska kunskapen de besitter framför patienterfarenheter, vilket leder till en svårighet för patienterna att leva ett liv som inte bara kretsas kring diabetes. Att inte bli sedd eller bemött på sin nivå och att sjuksköterskan påpekar hur vården ska gå till utan att ta hänsyn till patientens behov och livsvärld är ett stort lidande.

Tidigare forskning som belyser sjuksköterskans synvinkel menar att sjuksköterskans medicinska kunskaper är mer betydelsefullt än patientens egna upplevelser och erfarenheter. Konsekvenser som här kan uppstå är att vården inte blir just individanpassad och att patienter får svårt att skapa en förtroendefull och ärlig dialog med sjuksköterskan (Hörnsten et al., 2008).

Framtida forskning

Vad som hade kunnat forskas vidare på i framtiden är ur sjukvårdens perspektiv hur det kommer sig att sjuksköterskorna prioriterar sin egna medicinska kunskap över patienternas upplevelser. Samt hur diabetespatienter på ett kvalitativt sätt kan bli mer delaktiga i din vård.

SLUTSATSER

Denna studie visar att sjuksköterskans betydelse är viktig för att skapa en god relation, det är av central betydelse för att kunna stödja på rätt sätt och minska risken för komplikation för patienterna. Sjuksköterskan behöver individanpassa sitt bemötande och lyssna på och förstå patienterna för att tillsammans med dem kunna utforma hälsostödjande strategier. För att hantera sin diabetes i det dagliga livet behövs en personlig kontakt med sjuksköterskan som har kunskaper om diabetes. Det framkom även att det fanns brist på resurser inom sjukvården. För att den personliga vården för en person med diabetes ska fungera hälsofrämjande krävs en tillgång till personal när man har behov av det, detta för att upplevelsen vid diagnostiseringen av diabetes ska bli så positiv som möjligt.

Acknowledgements

Vi tackar uppriktigt alla våra informanter som deltog i denna studie.

REFERENSER

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010) *Hälsa & vårdanade: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielsson, E., Edwall, L. & Öhrn, I. (2010) The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2010(24), 341–348.
doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00726.x

Diabetesförbundet (2013). *Diabetes i världen*. Hämtad 26 oktober, 2014, från:
<http://www.diabetes.se/sv/Diabetes/Om-diabetes/Diabetes-i-varlden/>

Dunning, T. & Martin, M. (1999). Health professionals' perceptions of the seriousness of diabetes. *Practical Diabetes International*, 16(3), 73-77. Hämtad 29 oktober, 2014, från Cinahl <http://web.b.ebscohost.com.proxy.lnu.se/ehost/detail/detail?vid=36&sid=ba9f9d25-01a04cc4b2ad287d014c93b9%40sessionmgr115&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=c8h&AN=1999057321>

Edwall, L., Hellström, A., Öhrn, I. & Danielsson, E. (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, 772-781. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x

Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig att vårda*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson- Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2011). Intervjuer (Red) I: G, Ahrne & P. Svensson. *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Garrett, B. M. (2004). The clarity, timing, and authority of the delivery of a diagnosis of type 2 diabetes had important meaning for patients. *Evid based nurs*, 2005(8), 29. doi: 10.1136/ebn.8.1.29

Gjengedal, E., Ekra, E. M., Hol, H., Kjelsvik, M., Lykkeslet, E., Michaelsen, R., ... Wogn-Henriksen, K. (2013). Vulnerability in health care: reflections on encounters in every day practice. *Nursing philosophy*, 2013(14), 127-138. doi: 10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki). (2008). Hämtad 20 oktober, 2014, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Häger, B. (2007) *Intervjuteknik*. Stockholm: Liber.

Hörnsten, Å., Lundman, B., Almberg, A. & Sandström, H. (2008). Nurse's experineces of conflicting encounters in diabetes care. *European diabetes nursing Summer*, 5(2), 64-69.

- Hörnsten, A., Sandström, H. & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advances Nursing*, 47(2), 174-182. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03076.x
- Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2011, 558-566. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x
- Kvale, S. (2013). Kvalitet i interjustudier. I M. Dalen (Red.), *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Mulder, H. (2008) *Diabetes Mellitus- ett metabolt perspektiv på en växande folksjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Perry, L., Lowe, J., Steinbeck, K S. & Dunbabin, J S. (2012). Services doing the best they can: service experiences of young adults with type 1 diabetes mellitus in rural Australia. *Journal of Clinical Nursing*. 21(13/14), 1955-1963. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04012.x
- Perry, O., Peel, E., Douglas, M., et al. (2005). The clarity, timing, and authority of the delivery of a diagnosis of type 2 diabetes had important meaning for patients. *Evid Based Nurs*, 2005(8), 29. doi: 10.1136/ebn.8.1.29
- Persson, M., & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of clinical nursing*, 18, 520-528. Från <http://eds.b.ebscohost.com.proxy.lnu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1069c69a-e39f-4927-be7f-9a63700dc817%40sessionmgr112&vid=4&hid=104>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Patientutbildning vid diabetes: en systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport Nr 195). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering
- Scholes, C., Mandleco, B., Roper, S., Dearing, K., Dyches, T. & Freeborn, D. (2013). A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control? *Journal of advanced nursing* 69(6), 1235-1247. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06111.x
- Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Visentin, K., Koch, T. & Kralik, D. (2006). Adolescents with Type 1 Diabetes: transition between diabetes services. *Journal of Clinical Nursing* 15(6), 761-769. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01347.x
- 1177 vårdguiden. (2013). *Diabetes typ 1*. Hämtad 14 januari, 2015, från 1177 vårdguiden, <http://www.1177.se/Kronoberg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-1/>

1177 vårdguiden. (2013). *Diabetes typ 2*. Hämtad 14 januari, 2015, från 1177 vårdguiden, <http://www.1177.se/Kronoberg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-2/>

Informationsbrev

Hej!

Som du vet är vi två tjejer från sjuksköterskeprogrammet, termin 5 som gör en kandidatuppsats där vi skriver om Patienters upplevelser runt det första mötet med sjuksköterskan då diagnosen diabetes är ställd.

Då du har gett medgivande i att ställa upp i en intervju och på så sätt delta i vår studie vill vi skicka ut information till dig innan intervjun kommer att äga rum.

Intervjun kommer förhoppningsvis att hållas någon gång under vecka 46 eller 47 på en plats vi gemensamt kommer överens om. Vi räknar med att det kommer ta ungefär 45 minuter.

Intervjun kommer att spelas in efter ditt godkännande, och så fort vi har analyserat den kommer den att raderas och du hålls anonym genom hela arbetet. Du kommer heller inte stå som källa eller referens, utan endast bidra med information till vårt arbete.

Tack för att du ställer upp!

Med vänlig hälsning,

Malin Olofsson

070 31 58 769

Viktoria Larzénius

073 32 42 633

1. Hur upplevde du det när du fick diagnosen diabetes?

2. Hur viktig tycker du att sjuksköterskans personliga informationsgivande och bemötande är vid nydiagnostiserad diabetes?

- Utveckla.. - På vilket sätt..? - Hur tänker du då..?

3. Hur stor betydelse hade sjuksköterskan i sammanhanget när du fick din diagnos?

- Hade du lika väl kunnat läsa dig till informationen via internet och litteratur?

- Är det viktigt att ha en personlig kontakt för att kunna hantera sin nytillkomna sjukdom?

4. Hur hade sjuksköterskan kunnat påverka din upplevelse vid sammanhanget på annat sätt?

