Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

SPECIALISTSJUSKÖTERSKANS ERFARENHETER AV ATT ARBETA MED PERSONCENTRERAT STÖD TILL LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR VID TYP 2 DIABETES

- En kvalitativ intervjustuide

SPECIALIST NURSES' EXPERIENCES OF WORKING WITH PERSON-CENTERED SUPPORT FOR LIFESTYLE CHANGES IN TYPE 2 DIABETES

- A qualitative interview study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2020

Författare: Sofie Svensson
Therese Ålrud

SAMMANFATTNING

Titel:	Specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes
Författare:	Svensson, Sofie; Ålrud, Therese
Institution:	Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad - distriktssköterska, 15hp. OM806A
Handledare:	Rosendahl, Sirpa
Examinator:	Eriksson, Irene
Sidor:	33
Nyckelord:	Livsstilsförändringar, personcentrerad vård, specialistsjuksköterska, stöd, typ 2 diabetes.

Bakgrund: Typ 2 diabetes är en folkhälsosjukdom i Sverige, ca 500 000 personer har diagnosen. Forskning visar att patienterna är i behov av personcentrerat stöd för att kunna klara sin egenvård och för att bibehålla motivationen till livsstilsförändringar. Specialistsjuksköterskan utgör en viktig roll i diabetesvården och personcentrerad vård möjliggör det individuella stödet till patienterna.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes.

Metod: Metoden består av en kvalitativ intervjustudie med induktiv design. Sju specialistsjuksköterskor som arbetade med typ 2 diabetes intervjuades. Datamaterialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom att det personcentrerade stödet utgår från och anpassas efter patienterna. Specialistsjuksköterskan skapar motivation och tillsammans utformas mål. Med tiden skapas en relation. Patienterna anammar livsstilsförändringarna i olika utsträckning. När svårigheter möts används olika strategier. Resultatet presenteras i ett övergripande tema, tre huvudkategorier och sju underkategorier.

Konklusion: Specialistsjuksköterskan lyssnar in patienternas berättelser och lär känna patienterna. Detta utgör två av de hörnstenar som ingår personcentrerad vård. Att arbeta personcentrerat kräver tid och kunskap. Specialistsjuksköterskan arbetar personcentrerat men arbetssättet kan förbättras genom kunskap om att det ska vara konsekvent och systematiskt.

ABSTRACT

Title:	Specialist nurses' experiences of working with person-centered support for lifestyle changes in type 2 diabetes
Author:	Svensson, Sofie; Ålrud, Therese
Department:	School of Health Sciences, University of Skövde
Course:	Master Degree Project in Nursing, 15 ECTS. OM806A
Supervisor:	Rosendahl, Sirpa
Examiner:	Eriksson, Irene
Pages:	33
Keywords:	Lifestyle changes, person-centered care, specialist nurse, support, type 2 diabetes.

Background: In Sweden, type-2 diabetes is an endemic disease affecting approximately half a million people. Research shows that these patients are in need of person-centered support in order to properly manage their self care and maintain the motivation needed to enact the required changes in their lifestyles. As such, the specialist-nurse plays an essential part in diabetes-related healthcare. Person-centered care is what enables the support to be customized to each patient.

Purpose: The purpose of the study was to describe the specialist nurse' experiences in working with person-centered support as regards to changes in lifestyles in patients diagnosed with type-2 diabetes.

Method: The method consists of a qualitative interview study with inductive design. A total of seven specialist nurses' working with type-2 diabetes were interviewed. The data was analyzed using a qualitative interview analysis.

Results: The results show that the person-centered support is both based on, and adapted to, the patient as an individual. It is the role of the specialist nurse' to create motivation whereas future goals are created and shaped together with the patient in question. Over time, a relationship is formed. The extent to which patients embrace the stipulated changes to their lifestyles vary. When difficulties arise they are act using differing strategies. The results are presented in one overall theme, three main categories containing seven sub-categories.

Conclusion: The specialist nurse' both familiarize themselves with the patients' stories and gets to know them as individuals. These constitute important cornerstones in person-centered care. Working in this manner, however, takes both time and knowledge. The specialist nurse work is person-centered, but it can be improved by addressing the importance of consistent and systematic approaches.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1
BAKGRUND 1
Personcentrerad vård 1
Typ 2 diabetes 2
Livsstilsförändringar 4
Egenvård 4
Specialistsjuksköterskans roll och ansvar 6
Stöd 7
PROBLEMFORMULERING 8
SYFTE 8
METOD 9
Urval 9
Datainsamling 9
Analys 10
Etiska överväganden 11
RESULTAT 13
Att lyssna in och lära känna patienterna utgör grunden för specialistsjuksköterskans personcentrerade stöd till livsstilsförändringar 13
Utgå från patienterna 13
Anpassa samtalet efter patienterna 14
Individuellt stöd och uppföljning 15
Vägledning till livsstilsförändringar 15
Skapa motivation och rimliga mål 15
Skapa en god relation 16
Utbildningens och erfarenhetens betydelse 17
När det fungerar och inte fungerar 18
Patienterna anammar livsstilsförändringar 18
Svårigheter för specialistsjuksköterskan 18
Resultatsammanfattning 19
DISKUSSION 21
Metoddiskussion 21
Resultatdiskussion 22
Konklusion 25
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet 25
REFERENSER 27

BILAGOR

1. Brev till verksamhetschef
2. Brev till deltagare
3. Intervjufrågor

INLEDNING

Begreppet personcentrerad vård har sedan början av 2000-talet utvecklats från att vara relativt okänt till att idag vara implementerat på de flesta arbetsplatser inom hälso- och sjukvården. Enligt egna erfarenheter tas det för givet av arbetsgivaren att hälso- och sjukvårdspersonal vet vad begreppet innebär och hur vården ska genomföras utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Personcentrerad vård förutsätter att personalen har tid att sätta sig in i patienternas livsvärld vilket inte alltid finns möjlighet till. Typ 2 diabetes är en folkhälsosjukdom i Sverige, ca 500 000 personer har diagnosen och fler beräknas ha sjukdomen utan att veta om den. Sjukdomen kräver att patienterna tar ansvar över sin egenvård genom livsstilsförändringar för att minska risken för diabeteskomplikationer. Forskning visar att patienterna är i behov av personcentrerat stöd för att kunna klara sin egenvård och för att bibehålla motivationen till livsstilsförändringar. Specialistsjuksköterskan utgör en viktig roll i diabetesvården för att hjälpa och stödja patienterna utifrån deras särskilda behov och förmågor. Personcentrerad vård möjliggör det individuella stödet till patienterna. Examensarbetet fokuserar på specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd vid typ 2 diabetes.

I studien används definitionen specialistsjuksköterska för distriktssköterska och diabetessköterska.

BAKGRUND

Personcentrerad vård

Enligt Edvardsson (2010) uppkom begreppet personcentrerad i mitten på 1900-talet av psykologen Carl Rogers. Senare under 1900-talet användes begreppet för att kunna forska på personer med demenssjukdom. I Storbritannien uppkom begreppet personcentrerad omvårdnad för att sedan spridas till andra delar av världen. Även om Socialstyrelsens nationella riktlinjer uppger att den goda vården är personcentrerad har begreppet inte haft samma genombrott i Sverige som i resten av världen. Enligt Berglund et al. (2017) är personcentrerad vård ett vårdvetenskapligt perspektiv där patienten ses som unik och bemöts utifrån det. Hälsa är relaterat till välbefinnande och att få kraft till att göra små och stora livsprojekt samt att må bra trots sjukdom och beskrivs utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv (Berglund et al., 2017). Utgångspunkten i personcentrerad vård är att synliggöra patienterna och tillgodose fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella behov (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Ur ett existentiellt perspektiv påverkas människan av faktorer runt omkring, men kan även skapa möjligheter och är fri att göra val. Människans frihet är

begränsad och en sådan begränsning kan utgöras av sjukdom. Hälso- och sjukvårdspersonalen besitter medicinsk och hälsovetenskaplig expertkunskap och patienterna har sin livserfarenhet med vad hälsa innebär för hen. I den personcentrerade vården samverkar dessa (Dahlberg & Ekman, 2017).

Personcentrerad vård utgörs av tre hörnstenar vilka är partnerskap, patientberättelse och dokumentation (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Relationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient är ojämlik då hälso- och sjukvårdspersonalen har mer makt och ansvar vilket tas i beaktning gentemot patienternas autonomi och integritet. För att skapa förståelse ges patienterna utrymme att berätta om vad tillståndet och behandlingen innebär för hen, på så vis identifieras både behov och resurser. Det sker på ett lyhört sätt vilket ställer krav på koncentration och skicklighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen och tar ofta tid (SBU, 2017b). Målet med samtalet är att det ska uppstå ett erkännande, det vill säga att personalen inte bara accepterar patienterna utan också förstår patienten (Dahlberg & Ekman, 2017). Utifrån berättelsen formuleras tillsammans en personlig hälsoplan innehållande mål och strategier för vård och behandling samt uppföljning på kort och lång sikt. Hälsoplanen dokumenteras på ett strukturerat sätt i patientjournalen (SBU, 2017b). Ekman et al. (2011) beskriver att patienternas berättelse utgör grunden för personcentrerad vård. Personcentrerad vård börjar med att bygga ett partnerskap och dokumentationen ger legitimitet till patienternas perspektiv. Dessa tre hörnstenar bör ses som lika viktiga som kliniska fynd och laboratoriesvar.

Personcentrerad vård innebär att stödja patienterna. Stödet syftar till att ge en personlig förståelse och ett lärande på existentiell nivå (Berglund et al., 2017). Enligt Ranerup et al. (2014) bör ett effektivt stöd för att hantera kroniska sjukdomar anpassas till varje patients behov och preferenser, vilket överensstämmer med personcentrerad vård. Kneck et al. (2011) beskriver hur hälso- och sjukvårdspersonalen kan vara ett betydelsefullt stöd för patienterna men att det förutsätter att hälso- och sjukvårdspersonalen är lättillgänglig och fokuserar på varje patients särskilda behov. Hörnsten och Graneheims (2009) studie visar att patienter med diabetes ofta ses som diabetiker istället för människor av hälso- och sjukvården. Patienterna önskar att ses som människor, på så sätt tas de på allvar och får ärliga svar, objektiv information och bra feedback. Jutterström et al. (2016) beskriver hur teoretisk och praktisk utbildning om personcentrerad vård för specialistsjuksköterskan gav dem verktyg att arbeta personcentrerat med resultat i förbättrad egenvård. Enligt Goudarzi (2017) en förutsättning för att implementera personcentrerad vård på arbetsplatsen att alla yrkeskategorier arbetar utifrån detta arbetssätt.

Typ 2 diabetes

Av de som drabbas av diabetes har ca 85–90 procent typ 2 diabetes och resterande har typ 1 diabetes (Diabetesförbundet, 2020). Skillnaden på typ 1 diabetes och typ 2 diabetes är enligt Ericson och Ericson (2012) att vid typ 1 är sjukdomen autoimmun. Det innebär att det

utvecklats en immunologisk reaktion som förstör betacellerna vilket utvecklas under en relativ kort tidsperiod under barn- och ungdomsåren. Insulinutsöndringen är kraftigt nedsatt eller har upphört. Vid typ 2 diabetes finns det insulinresistens i insulinberoende vävnader och efter 10-15 år utvecklas nedsatt insulinproduktion. Typ 2 diabetes utvecklas till större del i vuxen ålder samt långsamt i olika faser, ofta tillsammans med det metabola syndromet som är relaterat till övervikt (Ericson & Ericson, 2012). Talaei-Khoei och Wilson (2018) beskriver diabetes mellitus typ 2 eller så kallad typ 2 diabetes som en långsiktig metabolisk störning som definieras av högt blodsocker, insulinresistens samt brist på insulin. Enligt World Health Organization (WHO) (2020) är symtomen vid typ 2 diabetes trötthet, stora urinmängder och ökad törst.

Typ 2 diabetes är en av Sveriges stora folksjukdomar. Cirka 500 000 personer har typ 2 diabetes vilket är runt 4% av Sveriges befolkning, men fler har sjukdomen utan att veta om det. Ju äldre människan blir desto större är risken att insjukna, av de som är över 75 år har minst tio procent typ 2 diabetes. Sjukdomen blir allt vanligare i hela världen och inte bara i Sverige (Diabetesförbundet, 2020). I världen är typ 2 diabetes en av de snabbast växande sjukdomarna med komplikationer (Kiguli et al., 2019). Diabeteskomplikationer är relaterade till blodkärlsskada såsom neuropati, angiopati och nefropati (Ericson & Ericson, 2012). År 2030 beräknas cirka 350 miljoner människor i världen drabbats av typ 2 diabetes och diabeteskomplikationer förväntas att öka till det dubbla mellan 2005 - 2030. Kostnaden för typ 2 diabetes har mer än fördubblats under de senaste 20 åren (Talaei-Khoei & Wilson, 2018). Enligt Kahn et al. (2014) är det på grund av att fetma har ökat i världen som även typ 2 diabetes ökat. Kiguli et al.(2019) beskriver att det finns ett samband mellan kroniska sjukdomar och kost som både är en orsak till typ 2 diabetes men även är ett fokusområde för att arbeta förebyggande. En av de viktigaste riskfaktorerna är ohälsosam kost när det handlar om icke-smittsamma sjukdomar som innefattar diabetes.

Enligt Kahn et al. (2014) kan behandlingen mot typ 2 diabetes vara både orala- och injicerbara läkemedel. Efter att fler drabbats av typ 2 diabetes har nya metoder hittats för att säkert kunna behandla hyperglykemi. Syftet med dessa behandlingar är att reducera och bibehålla koncentrationerna av glukos så nära det normala som möjligt efter satt diagnos men också motverka utveckling av komplikationer. Olika sorter av läkemedel fungerar på olika organsystem. Diabetesförbundet (2020) menar att för en tredjedel ligger fokus på behandlingen i att lägga om sina matvanor samt öka sin vardagsmotion för att minska i vikt. Minskad vikt leder till att den egna insulinproduktionen räcker till igen och fysisk aktivitet förbättrar känsligheten för insulinet. Ungefär en tredjedel av patienter med typ 2 diabetes använder tabletter för att hålla blodsockernivåerna normala. Läkemedlet stimulerar den egna insulinproduktionen alternativ ökar vävnadernas känslighet för insulin. Enligt Kahn et al. (2014) använder sig den sista tredjedelen av läkemedlet insulin som en ersättning för den naturliga produkten från B-celler.

Livsstilsförändringar

Livsstilsförändringar är en vanlig rekommendation av hälso- och sjukvården och kan vara förändring i typ av kost, fysisk aktivitet, rökning och alkoholintag (SBU, 2017a). Brobeck et al. (2015) skriver att livsstilsförändringar tas upp av hälso- och sjukvårdspersonal med patienter vid ungefär var tredje besök på akutmottagning eller annan mottagning på sjukhus. Enligt Kneck et al. (2011) är typ 2 diabetes en sjukdom som kräver konkreta livsstilsförändringar. Syftet med dem är att minska risken för diabeteskomplikationer (Socialstyrelsen, 2018).

Specialistsjuksköterskan identifierar riskfaktorer och andra faktorer som kan påverkas hos patienter med typ 2 diabetes. Riskfaktorerna skattas och avgör bland annat vilka ändrade levnadsvanor som är tills störst nytta för patienterna. Hälso- och sjukvården prioriterar rökstopp och regelbunden fysisk aktivitet då det minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom och förtida död. Trots detta skiljer det sig åt mellan regioner och landsting hur mycket patienter med typ 2 diabetes utövar fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2018). Kostrådgivningen vid diabetes i Sverige rekommenderar grönsaker, baljväxter och fisk samt livsmedel med lågt glykemiskt index (SBU, 2010). När livsstilsförändringar inte räcker till kan de kombineras med läkemedel (SBU, 2017a; Socialstyrelsen, 2018). Malpass et al. (2009) menar att de flesta patienter anser det är lättare att göra flera livsstilsförändringar samtidigt, som att kombinera ändrad kost med fysisk aktivitet. I de fallen använder patienterna den fysiska aktiviteten som hjälp till att äta hälsosammare kost. Kombinationen tas även upp som positiv i de nationella rekommendationerna i diabetesvård av Socialstyrelsen (2018).

Insjuknandet i typ 2 diabetes beskrivs som ett uppvaknande för patienter där de inser behovet av att genomföra livsstilsförändringar och diagnosen kan fungera som motivation. Patienterna utvärderar ständigt livsstilsförändringar och lär sig av erfarenheter och reflektion genom att lyssna på kroppen (Kneck et al., 2011). Acceptans av diagnosen och livsstilsförändringarna ger ett större perspektiv på diabetessjukdomen (Miyamoto et al., 2019). Enligt Jutterström et al. (2016) kan personlig utformad rådgivning leda till att sjukdomen börjar ses som en del av det vardagliga livet. Resultatet blir en förbättrad egenvård som leder till förbättrade blodsockervärden.

Egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som patienterna gör på egen hand. Det är en legitimerad yrkesutövare som gör bedömningen om åtgärden kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6). Hörnsten et al. (2011) beskriver att patienter med typ 2 diabetes upplever att egenvård inte är någon behandling av sjukdomen, utan enbart upplevs som hälsosamt leverne. Egenvård kan innebära kost och fysisk aktivitet men också att uppnå en jämvikt

mellan kraven som sjukdomen ställer och ett meningsfullt liv. Sedan 1980-talet har hälso- och sjukvården strävat mot att patienterna ska få mer kunskap om sin diabetessjukdom och dess behandling. På så sätt blir patienterna självständiga i egenvården och får en ökad livskvalitet. Patienterna kan ta ansvar över sin egenvård genom stöd från specialistsjuksköterskan och diabetesläkaren (SBU, 2017b). Enligt Merakou et al. (2015) kan patientutbildning ges enskilt eller i grupp, båda med förbättring av Hba1c. Ett mål i diabetesvården är att vården ges av hälso- och sjukvårdspersonal med nödvändig kunskap (SBU, 2018). Enligt Kneck et al. (2011) skapas en misstro mot hälso- och sjukvården när kvalificerad kunskap saknas hos hälso- och sjukvårdspersonalen och råd som inte är personcentrerade ges.

Egenvården utvecklas parallellt med sjukdomsinsikten vid typ 2 diabetes. Patienterna inser oftast inte allvaret som följer med diagnosen vilket leder till sämre egenvård. Hälso- och sjukvården har möjlighet att förbättra egenvårdsförmågan genom att fokusera mer på patienternas individuella syn på sjukdomen. Egenvården beskrivs som ett redskap för att öka känslan av välbefinnande, men den kan också minska känslan av välbefinnande då krav upplevs för höga. Patienter med diabetes kommer till en vändpunkt då egenvården blir en del av patienternas vardag och upplevs som något patienterna valt själva (Hörnsten et al., 2011). Miyamoto et al. (2019) beskriver att vändpunkten sker när patienterna känner ett behov av att agera och inser ansvaret som hen själv har. För att uppmärksamma patienterna på deras kost och fysiska aktivitet kan förändringarna synliggöras genom att använda en aktivitetsklocka eller en applikation på mobiltelefonen för att föra in sin kost.

Både nydiagnostiserade personer med typ 2 diabetes och personer som levt med sjukdomen i 10 - 15 år har ett behov av stöd till egenvård av hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket kan visa på nyttan av att inte bara ge patientutbildning i egenvård till nydiagnostiserade patienter (Isaksson et al., 2015). Miyamoto et al. (2019) menar att när patienterna inte längre får stöd från hälso- och sjukvårdspersonal ökar kravet på dem att själva behålla motivationen vilket upplevs som en kamp för patienterna. Stödet som specialistsjuksköterskan ger vid egenvård skapar ansvarstagande, fokus och medvetenhet hos patienterna om hur beteenden påverkar hälsan.

Patienters följsamhet till fysisk aktivitet på recept varierar. Leijon et al. (2010) studie visar att 68 % av patienterna med diabetes hade följsamhet till ordinationen efter tre månader, efter ett år var det enbart 57 %. Enligt studien skattades resultatet som hög följsamhet hos patienterna. Enligt Friberg och Scherman (2005) är det ett stort problem att patienter inte är följsamma till ordinationer och rådgivning inom hälso- och sjukvården. De skriver att en möjlighet för att öka följsamheten är att hälso- och sjukvårdspersonalen följer patienterna och låter sig som hälso- och sjukvårdspersonal följas av patienterna. Metoden innebär att hälso-och sjukvårdspersonalen arbetar utifrån patienternas erfarenheter och syn på sjukdomen. Berglund et al. (2017) menar att patienter låtsas förstå och inte följer råd av hälso- och sjukvårdspersonalen om inte en känsla av delaktighet i besluten sker.

Specialistsjuksköterskans roll och ansvar

International Council of Nurses (ICN) (2017) är en etisk kod och är vägledande för specialistsjuksköterskan. Specialistsjuksköterskans roll och ansvar är att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande. Specialistsjuksköterskan ska visa respekt för patienternas autonomi och integritet samt skapa tillit, förtroende samt trygghet i relationen med patienterna och anhöriga (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). I omvårdnaden ska specialistsjuksköterskan visa respekt för mänskliga och kulturella rättigheter, rätten till liv och värdighet samt egna val. Oavsett hudfärg, tro, ålder, kulturell eller etnisk bakgrund, kön, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller sjukdom, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning ska omvårdnaden vara respektfull (ICN, 2017). Friman et al. (2011) beskriver att omvårdnad av specialistsjuksköterskan kräver insikt i medicinska behandlingar samt tillvägagångssätt och olika metoder för att kunna utföra praktiska delar av vårdområden för patienterna. Specialistsjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat och utgå från patienternas förutsättningar och önskemål samt vägleda och stödja patienterna (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019).

Specialistsjuksköterskan ska erbjuda patienterna en god och personcentrerad vård. För att kunna göra detta behöver specialistsjuksköterskan relevant utbildning (Svensk Sjuksköterskeförening, 2013). Hedelin et al. (2014) beskriver människan ur ett holistiskt perspektiv där individen agerar i olika sociala miljöer. Specialistsjuksköterskan i primärvården har en akademisk utbildning för att arbeta hälsofrämjande ur ett holistiskt perspektiv (Nymberg och Drevenhorn, 2016). Det uppstår ett bra möte när specialistsjuksköterskan är engagerad, stödjer och behandlar den sjuka patienten med respekt. Specialistsjuksköterskan bildar i allmänhet en långsiktig relation med patienterna. För att skapa förtroende inom relationen är det viktigt med pedagogisk kompetens och professionell trovärdighet (Nygren Zotterman et al., 2015).

Sjukdomsförebyggande arbete ska inrikta sig på specifika hälsoproblem och fokusera på enskilda individer med avsikt att förebygga att sjukdom och komplikationer uppstår. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ska bedrivas på individ-, grupp- och samhällsnivå av specialistsjuksköterskan (Eriksson och Engström, 2015). Specialistsjuksköterskan ska arbeta för en friskare befolkning, förbättrade levnadsvanor, rätten till en jämlik vård och en mer jämlik hälsa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Specialistsjuksköterskan har en central roll i det framgångsrika sjukdomsförebyggande arbetet i primärvården, då specialistsjuksköterskan arbetar med patienter som är i riskzon för livsstilsrelaterade sjukdomar såsom diabetes (Eriksson & Engström, 2015; Nymberg och Drevenhorn, 2016).

Stöd

Stöd är tredimensionellt: socialt, individuellt och professionellt. Professionellt stöd innebär att följa allmänna riktlinjer och grundprinciper enligt vårdgivarnas praxis. Socialt stöd innefattar fysiska och existentiella perspektiv vilket upplevs komplext då många är involverade (Johansson et al., 2018). Specialistsjuksköterskan stödjer och stärker patienterna och närstående i grupp för att arbeta personcentrerat. Arbetet är utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt där specialistsjuksköterskan möter patienterna och närstående med lyhördhet, ärlighet, närvaro och bekräftelse samt stödjer patienternas delaktighet och egenvårdsförmåga (Svensk Sjuksköterskeförening, 2019). Karlsten (2013) skriver att skydda stress och stimulera hanteringsförmågan är en viktig resurs som kan innebära socialt stöd. Exempel på ett sådant socialt stöd kan vara kollegor, vänner samt familj. De kan fungera som ett säkerhetsnät kring människor med diabetes med hjälp av att avveckla påfrestningar som inverkar på motivationen och möjligheterna till att hålla fast vid en hälsofrämjande livsstil. Enligt Boström et al. (2014) stödjer specialistsjuksköterskan patienterna till eget ansvar och utbildar i diabetes. Då det krävs mycket eget ansvar får patienter med typ 2 diabetes adekvat och individanpassad vård samt handledning, stöd och undervisning under behandlingen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2013).

Socialt stöd inom diabetesvården kan bidra till lyckad hantering av sjukdomen. Att vara positiv till hälso- och beteendeförändringar vid kronisk sjukdom är viktigt främst inom diabetesområdet. Tillvägagångssätt som främjar eget ansvar för diabetes bör innefatta socialt stöd. Folkhälsoforskning visar positiva effekter av eget ansvar vid socialt stöd (Wang et al., 2019). Varming et al. (2019) beskriver att det krävs kunskap, färdigheter och motivation vid medicinsk vård vid diabetes och att det kan fås genom diabetesutbildning och stöd. När stöd ges till patienterna underlättas det om patienterna visar engagemang. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2013) uppmuntrar och stödjer specialistsjuksköterskan patienterna och anhöriga till att ta eget ansvar för sjukdomen, vård och behandlingen. Specialistsjuksköterskan ger stöd och handleder patienterna till att leva ett bra liv med diabetes samt stödjer patienterna utifrån ett mångkulturellt perspektiv. Berglund et al. (2017) skriver att under en längre tid har specialistsjuksköterskan försökt att stödja patienters förståelse i vården genom patientutbildning. Målet med utbildningen är att förbättra patienternas hälsa och det anses vara nödvändigt. Att ge råd, information och stödja är något vården länge har försökt att göra när det handlar om sjukdom och behandling till patienter.

PROBLEMFORMULERING

Personcentrerad vård beskrivs som en förutsättning för en god diabetesvård och det är fördelaktigt om specialistsjuksköterskan arbetar utifrån ett sådant synsätt. Forskning visar att arbetssättet upplevs positivt av patienterna som blir förstådda och sedda. Patienter som får ett personcentrerat stöd genomför livsstilsförändringar i större utsträckning och får en förbättrad egenvård och minskar risken för diabeteskomplikationer. Specialistsjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat för att patienter ska få den vård och stöd som de har rätt till. Trots forskning om fördelarna med att arbeta personcentrerat är det oklart hur medvetet och på vilket sätt specialistsjuksköterskan arbetar med personcentrerat stöd i mötet med patienter med typ 2 diabetes, vilket detta arbete fokuserar på. Det är därför angeläget att undersöka om och hur specialistsjuksköterskan arbetar med personcentrerat stöd till patienter med typ 2 diabetes. Studien skulle kunna resultera i att tydliggöra personcentrerat stöd som skulle kunna ligga till grund för en arbetsmodell i vården av patienter med typ 2 diabetes.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes.

METOD

Studiens ontologiska och epistemologiska antaganden har en hermeneutisk utgångspunkt som beskrivs av Graneheim et al. (2017). Omvärlden är kontextberoende och subjektiv. Studien fångar inte en objektiv sanning, utan den speglar deltagarnas erfarenheter. Kunskapen från denna studie har baserats på erfarenheter och uttryckts i beskrivningar och tolkningar. Resultatet bör ses i sitt sammanhang där deltagarnas berättelser tolkades. En text får mening genom tolkning där flera tolkningar är möjliga och giltiga (Graneheim et al., 2017). För att besvara studiens syfte valdes därför en kvalitativ forskningsansats baserad på empiriska intervjuer. Ansatsen är induktiv för att förutsättningslöst leta efter mönster i texten (Graneheim et al., 2017) och kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera kvalitativa data. Analysmetoden fokuserar på subjektet och kontexten där skillnader och likheter upptäcks och som sedan delas in i huvudkategorier och underkategorier. Därefter identifieras ett tema (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Urvalet bestod av specialistsjuksköterskor som har arbetat med patienter med typ 2 diabetes inom primärvården i Västra Götalandsregionen. Inklusionskriterierna var att deltagaren skulle ha en distriktssköterskeutbildning eller diabetessjuksköterskeutbildning, ha minst sex månaders erfarenhet av att arbeta med patienter med typ 2 diabetes och talade svenska. Ålder och kön hade ingen betydelse. Ett exklusionskriterium var om specialistsjuksköterskan inte aktivt arbetade med patienter med typ 2 diabetes. Verksamhetschefer kontaktades via e-post med information om studien tillsammans med inklusion- och exklusionskriterier. När verksamhetschefen godkänt att studien fick genomföras skickades informationsbrev ut (bilaga 1). Deltagaren i studien valdes ut av verksamhetschefen och fick sedan ett informationsbrev skickat till sig (bilaga 2). Om verksamhetscheferna inte svarade via e-post skickades ytterligare e-post och därefter kontaktades de via telefon. Då det var svårt att få tag på deltagare på det sättet togs direktkontakt med specialistsjuksköterskor samt en enhetschef inom primärvården via e-post. E-postadresserna hade erhållits sedan tidigare eller fåtts via personliga kontakter. Samtliga specialistsjuksköterskorna fick verksamhetschefernas godkännande innan intervjuer bokades. Studiens data baserades på sju intervjuer med specialistsjuksköterskor som arbetade med patienter med typ 2 diabetes på sex olika arbetsställen. Sex deltagare var verksamma inom primärvården och en deltagare arbetade på diabetesmottagning på sjukhus men hade lång erfarenhet av primärvård. Alla deltagare var kvinnor och hade arbetat som specialistsjuksköterskor mellan ett-30 år.

Datainsamling

Studien baserades på kvalitativa forskningsintervjuer. Kvalitativ forskningsintervju är en datainsamlingsmetod där man försöker förstå deltagarna utifrån studiens fokus. Den är

lämplig när man vill förstå fenomen eller situationer och händelser. Intervjun sker lämpligast i en ostörd och trygg miljö, vilket ger goda förutsättningar för en innehållsrik intervju (Danielsson, 2017). Intervjuerna i denna studien gjordes på deltagarnas arbetsplatser i en lugn miljö eller via telefon efter att gemensamt kommit fram till en lämplig tidpunkt för intervjuerna. Telefonintervjuer valdes när fysiska intervjuer inte kunde genomföras på grund av pandemin Covid-19. Enligt Danielsson (2017) bör intervjuerna ha ett syfte och det ska finnas ett samspel mellan intervjuare och deltagare. För ett fungerande samspel är frågorna av betydelse. I en semistrukturerad intervju formuleras frågorna i en viss struktur men med hänsyn och lyhördhet till deltagarens berättelse (Danielsson, 2017). I denna studie användes en semistrukturerad intervjuguide för att få fram specialistsjuksköterskornas erfarenheter utifrån studiens syfte och utifrån svaren ställdes följdfrågor (bilaga 3). Intervjuerna spelades in på mobiltelefoner. Intervjuerna tog mellan nio-43 minuter och transkriberades samma dag eller nästkommande dag.

Analys

Analys av texten kan ske på en manifest eller latent nivå. En manifest nivå beskriver det synliga och uppenbara i texten. På en latent nivå tolkas den bakomliggande betydelsen av texten på djup nivå och en hög nivå av abstraktion (Graneheim et al, 2017). Intervjuerna i denna studie analyserades på en latent nivå. Graneheim och Lundman (2004) beskriver en modell av kvalitativ innehållsanalys vilket datamaterialet analyserades utifrån. Intervjutexterna lästes enskilt upprepade gånger för att få en förståelse för helheten i texten. Utifrån syftet urskildes meningsenheter som är det första steget i innehållsanalysen. Meningsenheterna kondenserades därefter till mindre text utan att de förlorade sitt huvudbudskap. För att försäkra sig om att ingen text som svarade på syftet gick förlorad lästes meningsenheterna upprepade gånger. Den kondenserade texten abstraherades och benämndes sedan med koder. En kod är en etikett som möjliggör att texten kan ses ur ett nytt eller annat perspektiv. Utifrån likheter hos koderna skapades underkategorier. Underkategorierna sorterades därefter under huvudkategorier. Kategorierna skapades på en manifest nivå. I den underliggande meningen av texten framkom ett tema som en röd tråd genom alla kategorier. Detta skedde på en tolkande nivå och temat ses därför som ett uttryck för textens latenta innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Forskarens förförståelse kan påverka studiens trovärdighet. Förförståelse innebär teoretisk kunskap, erfarenheter och förutfattade meningar som forskaren har (Lundman & Graneheim, 2017). Det är viktigt att vara medveten om sin förförståelse då den kan påverka hur frågor ställs under intervjun och hur svaren tolkas. Det ökar pålitligheten att vara fler än en forskare i en studie då de har olika förförståelse (Graneheim et al., 2017). Examensarbetets författare i denna studien hade kunskap om och erfarenhet av att arbeta med personcentrerad vård. Dock fanns ingen erfarenhet av att arbeta med livsstilsförändringar till patienter med typ 2 diabetes eller av att ha arbetat som sjuksköterska eller specialistsjuksköterska inom primärvården.

Tabell 1.

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Vi har en standardplan för när de ska komma och vilka som ska komma. Sen gör vi alltid upp en individuell plan. Hur ofta den personen kommer till oss. Är det bättre med telefonsamtal än planerade besök här på mottagningen.	Vi har en standardplan och en individuell plan för när och var besöken ska ske. De kan ske över via telefon eller på mottagningen.	Standardplan och individuella planer	Anpassa samtalet efter patienten	Utgå från patienterna

Etiska överväganden

Denna studie följde forskningsetiska riktlinjer utifrån Vetenskapsrådet (2020) som består av fyra principer för det grundläggande individskyddskravet. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Verksamhetschefen och deltagarna i studien informerades om studiens syfte och deras uppgift genom brev. De upplystes om att deltagandet var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst under studien. Ett skriftligt samtycke lämnades sedan. Deltagarnas svar användes på ett sådant sätt i studien så att enskilda individer ej kunde identifieras av utomstående. Intervjuerna spelades in på mobiltelefoner och överfördes till två datorer, vilka skyddades av lösenord som enbart examensarbetets författare hade tillgång till. Data som kunde relateras till deltagarna bevarades på ett betryggande sätt och gjordes konfidentiellt (Medicinska forskningsrådet, Nämnden för forskningsetik, 2000). Uppgifter om deltagarna användes enbart för studiens ändamål. Studien genomfördes inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå och behövde därför ingen etikprövning (SFS 2003:460). I enlighet med Helsingforsdeklarationen World Medical Association (2013) har patienternas hälsa, välbefinnande och rättigheter främjats och skyddats. Genom att delta i studien kunde deltagarna bli medvetna över deras arbetssätt. Medvetandegörandet kunde leda till reflektion och förändring av arbetssättet. Deltagandet kunde dock upplevas som stötande då deras arbetssätt ifrågasätts. Innan intervjuerna genomfördes diskuterade examensarbetets författare hur de skulle gå tillväga gällande de känslor som kunde väckas hos deltagarna under intervjuerna. Exempel på detta var att vara lyhörd, inte använda

värderande ord och fråga hur det var att medverka efter att inspelningen på mobiltelefonen stängts av.

RESULTAT

Syftet med studien var att undersöka specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes. Analysen av datamaterialet resulterade i ett övergripande tema, tre huvudkategorier och sju underkategorier som redovisas i tabell 2. Dessa redovisas också nedan i löpande text och styrks av citat från datamaterialet.

Tabell 2.

Tema: Att lyssna in och lära känna patienterna utgör grunden för specialistsjuksköterskans personcentrerade stöd till livsstilsförändringar.	
Huvudkategori	**Underkategori**
Utgå från patienterna	Anpassa samtalet efter patienterna
	Individuellt stöd och uppföljningar
Vägledning till livsstilsförändringar	Skapa motivation och rimliga mål
	Skapa en god relation
	Utbildningens och erfarenhetens betydelse
När det fungerar och inte fungerar	Patienterna anammar livsstilsförändringar
	Svårigheter för specialistsjuksköterskan

Att lyssna in och lära känna patienterna utgör grunden för specialistsjuksköterskans personcentrerade stöd till livsstilsförändringar

Specialistsjuksköterskans erfarenheter beskriver samtalets betydelse. I samtalet lyssnar specialistsjuksköterskan in patienterna och utifrån samtalet skapas individuellt stöd och motivation samt individuella uppföljningar och mål. Erfarenheterna beskriver hur specialistsjuksköterskan lär känna patienterna och en relation skapas. Detta möjliggör att lättare hantera de svårigheter som specialistsjuksköterskan möter.

Utgå från patienterna

Specialistsjuksköterskan arbetar personcentrerat genom att se patienterna som unika individer och utgår från deras förutsättningar när de tillsammans sätter mål. Stöd och

uppföljning anpassas efter patienternas behov och utvärderas. Utbildning och erfarenhet om personcentrerad vård möjliggör att specialistsjuksköterskan kan ge ett personcentrerat stöd.

Anpassa samtalet efter patienterna

Besöket inleds med att specialistsjuksköterskan frågar hur patienterna mår och önskar att hen berättar om sig själv, sin erfarenhet om diabetes och vad som berör hen. Utefter det ser besöken olika ut. Patienterna styr samtalet och specialistsjuksköterskan lägger in informationen under tiden. Alla patienter har olika förutsättningar att utgå ifrån, vissa är tystlåtna och vissa ställer frågor. Vid det första besöket med patienterna får specialistsjuksköterskan vara försiktig för att se vart patienterna befinner sig. Patienterna ska bli sedda och känna att engagemang finns. Patienterna är olika motiverade och har olika sjukdomsinsikt. Det gäller att fånga upp patienterna där de befinner sig. Det är viktigt att vara delaktig i sin behandling, patienterna ska vara i centrum. Varje patient och besök är unikt. Specialistsjuksköterskan arbetar utefter patienternas förutsättningar, viljor, förmågor och kunskaper om diabetes. Om en patient har kroppsliga eller sociala hinder får specialistsjuksköterskan utgå ifrån där den befinner sig.

> Jag utgår ifrån varje individ för vi är så olika allihopa, det kan ju vara en som är 80 plus och han eller hon ska ju inte ha samma direktiv som en yngre har att gå på.

Det finns en standardplan men en individuell plan skrivs för varje patient som innehåller när och var besöken ska ske, antingen via telefon eller på mottagningen. Det är tillsammans med patienterna som mål sätts upp. Specialistsjuksköterskan ger samma information till alla patienter men anpassar informationen för varje individ och gör det på ett uppmuntrande sätt. I början är det mycket information för patienterna och det är viktigt att patienterna hinner ta till sig informationen. Inför besöket får patienterna skriva upp sina frågor för att inte glömma av dem. Specialistsjuksköterskan uppmanar patienterna till att återberätta de som har sagts under besöket för att kontrollera att de tagit in informationen. Patienterna har olika behov av kunskap och information. Informationen kan ges skriftligt eller via hänvisning till sidor på nätet. För att de med utländsk härkomst ska få samma förutsättningar använder sig specialistsjuksköterskan sig av tolk, antingen på plats eller via telefon. Det finns material på olika språk att tillgå. Utgångspunkten vid livsstilsförändringar ska vara de patienterna vill och tror sig kunna göra för förändringar, patienten ska få känna att denne bestämmer över sitt liv.

> Vi hade fått remiss från sjukhuset att vi skulle börja med rökavvänjning på den här personen. Men det var inte alls rökningen som hon pratade om när hon kom hit. Och då släppte jag ju det helt och det får vi ju ta nästa gång, nu fokuserar vi på det som var hennes största bekymmer som just nu inte var rökningen.

Det är betydelsefullt om patienterna och specialistsjuksköterskan har samma tankesätt. Förändringen ska vara lagom och fungera över en längre tid. Även om patienterna har fått samma diagnos fungerar inte samma förändring. Ibland vill patienterna och specialistsjuksköterskan förändra allt på en gång. Målen får inte vara för stora eller för många samt vara rimliga och utgå från patienternas förutsättningar. Det finns nationella mål och rekommendationer, utifrån dessa utformas individuella mål. Om patienterna skriver ner målen upplevs det som positivt. Efter satta mål diskuteras det hur patienterna ska kunna nå sina mål. Patienterna kan få fysisk aktivitet på recept om det behövs. För yngre är det viktigt att få till en bra livsstil men för äldre är inte lika viktigt då de inte hinner utveckla komplikationer av sin diabetes. Livskvalité är oerhört betydelsefullt, att hen mår bra och inte lever för sin sjukdom.

Individuellt stöd och uppföljning

Patienterna har olika behov av stöd. Specialistsjuksköterskan vill vara tillgänglig när patienterna önskar kontakt och anpassar stödet utefter patienternas behov. Patienterna kommer mer sällan när de inte genomför någon förändring. Stödet kan vara återbesök eller telefonkontakt. Specialistsjuksköterskan vill inte att patienterna känner att de kontrolleras utan upplever specialistsjuksköterskan som ett stöd. Patienterna vill ha olika stöd, en del önskar att komma oftare och andra mer sällan. Dessa önskemål tillgodoses.

> Jag har ju några patienter som, de vill ju gärna ha kontakt ganska ofta. Antingen att de kommer på besök eller att de ringer. Eller att jag ringer till dem.

Patientundervisning kan ske i enskilt och i grupp. Specialistsjuksköterskan utgår ifrån patienterna och stödjer samt ger redskap för att genomföra livsstilsförändringar genom bland annat kost och motion. Det är viktigt med uppföljning och utvärdering menar specialistsjuksköterskan. När specialistsjuksköterskan har lärt känna patienterna sker oftast uppföljningarna via telefon. Telefonkontakt och mottagningsbesök upplevs någorlunda likvärdiga. Det är viktigt med uppföljning för att visa stöd, nyfikenhet och intresse istället för att tro och hoppas att patienterna genomför livsstilsförändringarna.

Vägledning till livsstilsförändringar

Specialistsjuksköterskan kan hjälpa patienterna med motivation och målsättning, patienterna kan även skapa motivation på egen hand. Med tiden skapas en patientrelation där trygghet och tillit är viktigt. Relationen främjar samtalet mellan specialistsjuksköterskan och patienterna.

Skapa motivation och rimliga mål

För en del patienter ska inte förändringarna presenteras som en livsstilsförändring enligt specialistsjuksköterskan. Informationen som specialistsjuksköterskan ger ska upprepas vid

varje besök då patienterna är olika mottagliga vid besöken. Om informationen har tyngdpunkt på komplikationerna tas den emot bättre då de upplevs som obehagliga. När det upplevs svårt att hitta fokus är det bra att börja med en sak, inte göra allt på en gång. Det är mer sannolikt att livsstilsförändringen genomförs om patienterna väljer något som hen tycker om. Om patienterna föreslår egna livsstilsförändringar upplevs de mer motiverade.

> Jag brukar säga, utöva den motionsformen som du trivs med och tycker är rolig för då är möjligheten mycket större att de blir av.

Specialistsjuksköterskan menar att det är viktigt att fokusera på det som är bra också, inte bara det som är dåligt. Särskilt i de fallen där patienterna har svårt att göra livsstilsförändringar. Fokus kan ändras under åren som patienterna lever med diabetes. Ribban för målen ska läggas lågt och höjas allteftersom. När patienterna har orimliga mål är det viktigt att hjälpa patienterna göra de rimliga eller fokusera på något annat. Specialistsjuksköterskan tror också att det är lättare med ett mätbart mål. En annan strategi är att ge dem som saknar motivation tips på livsstilsförändringar men att inte pressa dem. En motiverad patient gör förändringar lättare. Ibland känns det som att tjat ger motsatt effekt och det är bättre att diskutera. Patienterna kan även använda blodsockermätare som ett pedagogiskt verktyg för att följa sitt blodsocker. Genom grupputbildning får patienterna chansen att träffa fler som har sjukdomen och inser att de inte är ensamma. Det är lättare att motivera patienterna om specialistsjuksköterskan har en god kunskap om diabetes. Kunskapen kan de förmedla vidare till patienterna som får en förståelse för sjukdomen och en förbättrad motivation.

> Om jag går den här promenaden eller om jag inte går den här promenaden, vad är det som händer i kroppen då? Då blir de ju också motiverade på ett annat sätt när de förstår varför, för då är det inte bara jag som sitter här och säger att ja men det vore bra om du gick en extra promenad.

När patienterna varit med om en allvarlig händelse blir de motiverade att ändra sin livsstil, det kan det bero på att patienter har svårt att tänka framåt. När specialistsjuksköterskan har gett allt stöd men inte kommer längre måste de släppa patienterna som har ett eget ansvar samtidigt som det upplevs frustrerande. Patienternas inställning till typ 2 diabetes skiftar. Specialistsjuksköterskan lägger ansvaret på patienterna och är tydlig med att hen inte kan göra patienternas förändringar. Patienterna bestämmer över sina egna liv och ingen kan tvingas till livsstilsförändringar. De vet att alla inte följer råden. Ibland händer något som gör att en förändring sker trots att de tidigare inte varit mottagliga för råd eller velat diskutera.

Skapa en god relation

Vid vissa besök pratar inte patienterna om diabetes alls, det är olika hur specialistsjuksköterskan agerar. Vissa låter patienterna styra samtalet och blir inte stressade

om samtalet inte berör diabetes, de resonerar att det inte alltid är tillfälle att diskutera livsstilsförändringar. Andra lyssnar in patienterna men styr sedan över samtalet på diabetes. Om det inte framkommer vilka livsstilsförändringar de kan tänka sig får specialistsjuksköterskan börja med en förändring och sedan byta bana om det inte fungerar eller om det framkommer att det inte var patienternas tanke alls. Det kan ta några besök innan de kommer fram till något. Oftast byggs en relation med patienterna vilket upplevs som viktigt. På det viset blir patienterna mer öppna och samtalet blir bättre. Specialistsjuksköterskan skapar en bra relation med patienterna genom att visa respekt och ha kontakt regelbundet. Inför besöket är det viktigt att patienterna inte är oroliga och att de får känslan av att de är här för deras egen skull och har specialistsjuksköterskans stöd. Vilket typ av stöd som behövs väljer patienterna själva men fungerar det inte kallas de på extra besök. Specialistsjuksköterskan anser det är viktigt med trygghet och tillit i patientrelationen för att kunna stödja dem till livsstilsförändringar. Tillit till att det patienterna säger är sanning. Samtalet blir bättre och det blir lättare att nå patienterna. När specialistsjuksköterskan inte tror på dem får de släppa den känslan och ändå visa tillit.

> Jag måste ju ha patienten på min sida för att nåt ska fungera över huvud taget. Och då om jag sitter här och säger att det tror jag inte på, nej det där kan inte stämma. Då, det blir ingen bra relation. Och då kommer vi aldrig komma någonstans.

Utbildningens och erfarenhetens betydelse

Genom utbildning har specialistsjuksköterskan fått kunskap om personcentrerad vård vilket är en förutsättning för att kunna arbeta med personcentrerat stöd. De upplever att begreppet låter avancerat men att det är så de arbetar. Utbildningarna är ändå givande då de kan bli bättre på att arbeta personcentrerat.

> Men man läser om det eller går en utbildning, det kan vara nån kurs eller nåt sånt där. Så blir man ju lite påmind om att det är ju därför vi gör det här som vi gör liksom. Att det hänger ihop med nånting och det finns en forskning bakom och sådär. Det är inte bara nånting vi hittat på arbetsplatsen.

Arbetssättet bygger mycket på erfarenhet och trots att begreppet inte funnits länge har de arbetat med att individanpassa besöken sedan de började som specialistsjuksköterska. Personcentrerat stöd beskrivs av specialistsjuksköterskan som roligt, utmanande och svårt. Roligt genom att det skapas en relation med patienterna och att de blir delaktiga, vilket specialistsjuksköterskan upplever att sjuksköterskor är bättre på än läkare. Förr var det mer förbud med mat, idag handlar det mer om hur ofta och mycket du äter. Det upplevs även som mer auktoritärt. Utöver personcentrerat stöd och vård som arbetssätt använder specialistsjuksköterskan andra arbetssätt såsom motiverande samtal och empowerment. Arbetssätten liknar varandra på många sätt enligt specialistsjuksköterskan. Specialistsjuksköterskan samarbetar med dietist och sjukgymnast, vilket erbjuds vid

besöken. Vid vissa tillfällen kan gemensamma besök ske. Förutsättningarna för att arbeta med personcentrerat stöd upplevs som goda av majoriteten av specialistsjuksköterskan. De styr själva över sin tidbok och har möjlighet att erbjuda patienterna besök utefter önskemål och behov. En minoritet av specialistsjuksköterskorna hinner bara med årskontrollerna som fysiska besök, resten sköts via telefon. På arbetsplatsen har arbetsgivaren inställningen att specialistsjuksköterskan får planera mottagningen själv men att hen inte alltid förstår vilket arbete hen gör och därför är de inte helt överens.

När det fungerar och inte fungerar

Patienter har olika behov av stöd vid livsstilsförändringar. Vissa patienter ser positivt på insjuknandet och genomför livsstilsförändringar på egen hand. Samtidigt som vissa specialistsjuksköterskor upplever det som svårt att genomföra livsstilsförändringar.

Patienterna anammar livsstilsförändringar

Patienter kan ha lätt för att prata och att de flesta är ärliga under besöket. Det råder delade meningar om hur många som anammar livsstilsförändringarna, en del tycker att majoriteten gör det medan andra anser att det är ungefär hälften av patienterna. En del av patienterna är positiva och upplever att deras diabetesdiagnos gjort att det har tagit tag i livet och börjat med livsstilsförändringar. Patienter som går grupputbildning har lättare att genomföra livsstilsförändringarna sen när de kommer till det enskilda besöket. Enligt specialistsjuksköterskan finns det patienter som gärna provar nya saker och har hen tidigare haft vana av fysisk aktivitet är det lättare att börja med det igen. Ibland klarar patienterna av att göra livsstilsförändringar utan stöd från specialistsjuksköterskan, en förklaring kan vara att det finns mycket information man kan söka på egen hand på internet.

> Och i vissa fall så behöver jag inte göra så himla mycket det blir förändringar av bara farten eller vad man ska säga.

Om patienterna anammat en livsstilsförändring och inte upplevde det som svårt kan de själva identifiera något ytterligare i deras livsstil som de kan förändra. I de fallen som patienterna har lyckats göra livsstilsförändringar och man ser resultat av det i förbättrat blodsockervärde så känner specialistsjuksköterskorna att de har lyckats.

Svårigheter för specialistsjuksköterskan

Specialistsjuksköterskan uttrycker att de flesta patienter vet hur man ska leva ett sunt liv och vilka livsstilsförändringar de borde göra. Dock tycker patienterna att det är svårt att genomföra förändringarna och de kanske inte lyckas fast de försöker, vilket specialistsjuksköterskan har förståelse för. Viljan kan finnas men motivationen är inte tillräcklig. Särskilt svårt är det för patienter som har haft samma rutiner under en lång tid som de nu behöver förändra. Vissa patienter känner att de inte kan sluta med en vana och vill inte diskutera vidare. Enligt specialistsjuksköterskan inser inte alla patienter att de har

typ 2 diabetes eller inte allvaret i sjukdomen vilket gör dem ledsna. Både nydebuterade och de som haft sjukdomen i flera år kan ha svårigheter att ta sjukdomen på allvar trots att de försöker.

> Och de behöver inte vara nydebuterade utan det kan vara nån som haft diabetes i både fem, tio, femton år. Som känner att de, de försöker att ta sin sjukdom på allvar men lyckas väl inte fullt ut och det med kost och motion tycker de är jätteknöligt.

En del patienter gör ett medvetet val att inte genomföra livsstilsförändringarna utan förlitar sig på medicinerna. En svårighet för patienterna är om de saknar tid och ork att fokusera på sig själva. Typ 2 diabetes är en krävande sjukdom och därför är det viktigt att patienternas psykiska välmående inte glöms bort menar specialistsjuksköterskan. Patienterna har många beslut som ska tas varje dag och mår de inte bra psykiskt är det lätt att livsstilsförändringarna uteblir. En svårighet för specialistsjuksköterskan är att få patienterna att tänka om och förstå att förändring kan leda till något positivt. Det är en utmaning att få patienter att hitta fokus och motivation till livsstilsförändring. Vissa patienter vill ha råd från sjukvården som de tycker vet bäst, men vid en livsstilsförändring måste patienterna vilja göra dem. De patienter som uteblir från besök och inte är motiverade är svåra att nå. En utmaning är att få patienterna att prata och berätta om sig själva, framför allt vid första besöket.

> Men det kan ju vara svårare när det kommer in någon här och sätter sig i stolen och inte säger nånting på 30 minuter. Hur man ska få fram då vad den personen tycker och vad den personen vill.

Specialistsjuksköterskan kan ibland ge så mycket råd och information under ett besök så att patienterna inte får chans att säga något. Alla patienter kan inte ta emot kunskapen som behövs vid livsstilsförändringar. En försvårande omständighet är att använda tolk vid besök då de inte alltid översätter korrekt och innebörden förändras. Patienter som inte kan svenska kan inte följas upp via telefon och kulturella skillnader kan göra sig synliga i syn på sjukdom, kost och motion. Patienter inom psykiatrin är svåra att påverka då de kan ha flera olika hinder och följsamheten varierar från dag till dag, det är en utmaning att få patienterna att göra som specialistsjuksköterskan säger. Det är även en svårighet att få de patienter som inte mår bra att komma på grupputbildningarna.

Resultatsammanfattning

Specialistsjuksköterskan gav personcentrerat stöd genom att se hela människan och lärde känna patienterna. Patienterna sågs som unika individer och inte som patienter med typ 2 diabetes. Det personcentrerade stödet utgick från och anpassades efter patienterna, de var i fokus. Specialistsjuksköterskan lyssnade in patienternas berättelse och delade sedan med sig av sin kunskap om diabetessjukdomen. Genom kontinuitet där patienterna mötte samma specialistsjuksköterska vid besöken, bildades en relation som präglades av trygghet och tillit.

Relationen gjorde patienterna mer öppna och samtalet blev bättre. Målet med personcentrerat stöd var att patienterna skulle klara av att genomföra livsstilsförändringarna. För att patienterna skulle lyckas kunde specialistsjuksköterskan stärka dem genom uppmuntran och fokus på det som är bra och genomförbart. Specialistsjuksköterskan fanns i bakgrunden av patienterna och anpassade sitt personcentrerade stöd utefter patienternas vilja och behov. När livsstilsförändringar genomfördes utan stöd fanns specialistsjuksköterskan fortsatt i bakgrunden. När specialistsjuksköterskan upplevde svårigheter gavs ytterligare stöd till patienterna. Oavsett behovet av stöd skapades en patientrelation.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet valdes för att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes på grund av att ett intresse för specialistsjuksköterskans arbete i diabetesvården fanns. Patientgruppen börjar ofta med livsstilsförändringar som behandling där specialistsjuksköterskan fungerar som ett stöd. Patienter med typ 2 diabetes tillhör vanligtvis primärvården, därför valdes intervjuer med specialistsjuksköterskor inom primärvården. För att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter valdes en kvalitativ innehållsanalys som analysmetod. Graneheim et al. (2017) beskriver att ur en epistemologisk antagande kan kvalitativ innehållsanalys användas när kunskapen är via erfarenheter. En hermeneutisk utgångspunkt i den ontologiska ansatsen användes vilken stämmer överens med Graneheim et al. (2017) beskrivning av hur det latenta innehållet kan ses som en tolkning. En annan metod som skulle kunnat användas är fenomenologi då deltagarna beskrivits sina erfarenheter genom intervjuer (Donalek, 2004).

Lundman och Graneheim (2017) beskriver att resultatet är trovärdigt genom att deltagarna är representativa, har erfarenhet och är villiga att delta vilket överensstämmer med denna studie. Deltagarna var även verksamma på sex olika arbetsställen vilket upplevdes som en styrka för trovärdigheten. Färre intervjuer än önskat genomfördes men texten blev ändå innehållsrik. Målsättningen var att inkludera 8-10 deltagare i studien men två deltagare fick avstå intervjuerna med kort varsel på grund av hög arbetsbelastning då en pandemi med Covid-19 spreds i världen. Specialistsjuksköterskor är en arbetsgrupp som domineras av kvinnor vilket gjorde att urvalet bestod av enbart kvinnor. Sex av deltagarna rekryterades via direktkontakt. Deltagarna fick därefter verksamhetschefens godkännande att delta i studien. En svaghet med denna typ av rekrytering kan vara att deltagarna valts ut strategiskt vilket påverka resultatet. Resultatet bedömdes ändå som tillräckligt rikt för att besvara syftet. Författarna till denna studie kände två av deltagarna som tillfrågades men hade ingen kunskap om deras erfarenheter av och arbete med diabetespatienter.

Enligt Danielsson (2017) ger en bra atmosfär förutsättning för att intervjun ska bli innehållsrik vilket kan ha påverkat de tre intervjuer som gjordes via telefon. En av telefonintervjuerna varade under nio minuter då svaren var kortfattade. Vid intervjuerna på deltagarnas arbetsplats gavs möjligheten att samtala med deltagarna innan intervjun startade, vilket inte gjordes vid telefonintervjuerna. Trots den korta intervjutiden i denna intervju bedömdes materialet i alla intervjuer tillräckligt för att svara på syftet. Ingen av författarna hade tidigare erfarenhet av att intervjua, därför valdes de två första intervjuerna att genomföras tillsammans. Semistrukturerade intervjuer användes och intervjuguiden följdes vid varje intervju. När deltagarna hade innehållsrika svar på frågorna fanns en tendens att

flera frågor besvarades samtidigt. Eftersom inte alla deltagare var lika utvecklande i sina svar så ställdes alla frågor till varje deltagare.

Graneheim och Lundman (2004) förklarar tydligt de olika stegen i kvalitativ innehållsanalys. Därför ansågs metoden lätt att följa och som användbar för att jämföra likheter och skillnader i texten. Analysen av texten gjordes enligt Graneheim och Lundman (2004) och underkategorierna ska vara utformade på så vis att ingen kod ska kunna tillhöra fler än en underkategori. Då texterna är baserade på erfarenheter är detta inte alltid möjligt. Ur resultatet framkom ett tema när författarna distanserade sig från sig själva (Graneheim och Lundman, 2004). Temat framkom som en röd tråd i kategorierna. Alla intervjuer lästes igenom av båda författarna. I de första tre intervjuerna som analyserade togs meningsenheter ut tillsammans. Resterande intervjuer delades upp men för att öka tillförlitligheten enligt Lundman och Graneheim (2017) lästes den kondenserade texten och koderna sedan tillsammans. Koderna ändrades vid behov. Den fortsatta analysprocessen genomfördes sedan tillsammans. Genom att noggrant beskrivit urval, deltagare, datainsamling och analys underlättas bedömningen av överförbarhet som avgörs av läsaren menar Lundman och Graneheim (2017). Graneheim och Lundman (2004) beskriver att överförbarhet underlättas av att ge en tydlig beskrivning av urvalet av deltagare samt insamling av data och analysprocessen vilket gjorts i denna studie. En medvetenhet om den egna förförståelsen om personcentrerad vård har funnits under intervjuerna och analysprocessen. Enligt Graneheim et al. (2017) ökar medvetenheten trovärdigheten.

Studien genomfördes enligt de etiska överväganden som beskrivits tidigare. Deltagarna uttryckte eller visade inte några negativa känsloyttringar i samband med intervjuerna.

Resultatdiskussion

Det framkommer i resultatet att det är viktigt för specialistsjuksköterskan att arbeta personcentrerat genom att lyssna på patienternas berättelser och få patienterna att berätta. Specialistsjuksköterskan använder tolk vid besök med patienter som inte pratar eller förstår svenska, vilket är en förutsättning för att patienterna ska kunna berätta. Trots tillgång till tolk kan det finnas hinder. Detta styrks av Fålun et al. (2016) som anser att en av de mest grundläggande delarna i personcentrerad vård är att locka fram patienternas berättelser och utifrån den engagera dem i deras vård. Individer berättar om sina liv på olika sätt och en viktig förutsättning är att få göra det på sitt eget språk. O'Donnell et al. (2007) beskriver hur patienterna upplever att tolken inte återger deras berättelse korrekt. Enligt Bathia och Wallace (2007) kan patienter ha svårt att tala öppet då de inte litar på tolken, men att få samma tolk vid besöken ökade tilliten. Detta styrker föreliggande studie där specialistsjuksköterskan upplever att tolken kan ändra innebörden och tolka felaktigt. Ändras innebörden i patienternas berättelse faller patientberättelsen som är den mest centrala hörnstenen i den personcentrerade vården enligt Ekman et al. (2011). Genom

patientberättelsen får specialistsjuksköterskan en uppfattning om vilken eller vilka livsstilsförändringar patienterna vill genomföra.

Studiens resultat visar att patienterna väljer livsstilsförändring med stöd av specialistsjuksköterskan och fokuserar på en förändring i taget. Både specialistsjuksköterskan och patienten kan vilja göra fler förändringar på en gång men det anses inte vara rimligt och risken är stor att förändringen inte genomförs. Detta motsägs av Malpass et al. (2009) som beskriver att flera livsstilsförändringar på en gång gynnar patienterna. Kombinationen fysisk aktivitet och förändringar i matvanor är avgörande för en framgångsrik sjukdomshantering. Föreliggande studies resultats resonemang styrks däremot av Wilcox et al. (2000) studie som inte visar något positivt samband mellan fysisk aktivitet och förändrade matvanor. Enligt föreliggande studies resultat ska målen med livsstilsförändringar utgå från patienternas förutsättningar, utformas tillsammans och vara rimliga. Detta stämmer överens med Jansson et al. (2018) som beskriver att det är en del av den personcentrerade vården att utforma målen på detta vis. Enligt Ekman et al. (2011) har patienter med kroniska sjukdomar, som diabetes, svårt att nå rekommenderade mål. Genom att utveckla ett partnerskap kan specialistsjuksköterskan och patienterna tillsammans utforma mål. I resultatet framkommer att specialistsjuksköterskan hjälper patienterna när de har orimliga mål genom att utforma rimliga mål eller fokusera på någon annan livsstilsförändring. Detta stämmer överens med Jansson et al. (2018) som beskriver hur hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar personcentrerat och hjälper patienter som upplever motgångar i att nå målen. Patienterna får hjälp med att sätta mer realistiska mål vilket innebär färre mål eller ett nytt mål utifrån patienternas förutsättningar. Johansson et al. (2016) menar att målet med livsstilsförändringar är att ersätta gamla vanor med nya och hitta nya sätt att leva med sjukdomen, men mitt allt i detta får inte patienternas livskvalitet glömmas bort. Specialistsjuksköterskan i föreliggande studies resultat anser att livskvalitet är viktigt och betydelsefullt, att inte patienterna lever för sin sjukdom. Detta styrks av Johansson et al. (2009) som menar att leva med diabetes innebär att sjukdomen integreras i vardagen och blir en naturlig del av patienternas liv. Enligt föreliggande studies resultat menar specialistsjuksköterskan att det är viktigt att patienterna är motiverade att göra livsstilsförändringar, livsstilsförändringarna blir då lättare en del av deras nya vardag.

I resultatet framkommer att specialistsjuksköterskan upplever att patienter som gått grupputbildning är lättare att motivera till livsstilsförändringar. Detta styrks av Andersson et al. (2019) som beskriver hur hälso- och sjukvården upplever att patienter som deltar i grupputbildning är mer motiverade att genomföra livsstilsförändringar. Specialistsjuksköterskan i föreliggande studies resultat hjälper patienterna att skapa motivation då de vet att patienterna genomför livsstilsförändringar i större utsträckning. Hörnsten och Graneheim (2009) beskriver hur patienter får råd om att ändra livsstil och förväntas göra detta även om de saknar motivation. Förväntningarna upplevs som krav av patienterna och svårigheter att göra livsstilsförändringarna upplevs som icke följsamhet av specialistsjuksköterskan. Patienterna i Hörnsten och Graneheims (2009) studie önskar också

att specialistsjuksköterskan kommer ihåg att livsstilsförändringar inte är lätta att göra och vill ha hopp och tröst av dem. I föreliggande studies resultat har specialistsjuksköterskan vetskap om att det är svårt att göra livsstilsförändringar och stödjer patienterna genom olika strategier. En strategi som används är att diskutera med patienterna och inte tjata, vilket kan jämföras med Ekman et al. (2011) beskrivning av personcentrerad vård. Enligt deras studie ska kommunikationen utgöras av att dela erfarenheter och lära från varandra. Berätta och lyssna är ett sätt att skapa en förståelse för sjukdomen. Detta stärker föreliggande studiens resultat där specialistsjuksköterskan upplever att patienternas förståelse för sjukdomen ökar deras motivation. Ekman et al. (2011) menar fortsatt att specialistsjuksköterskans och patienternas berättelser lägger grunden för partnerskapet vilket kan jämföras med den relation som skapas mellan patienterna och specialistsjuksköterskan i föreliggande studies resultat.

Resultatet visar att det skapas en relation mellan specialistsjuksköterskan och patienterna fylld av öppenhet, trygghet och tillit. Relationen skapas över tid men det är också ett medvetet val av specialistsjuksköterskan att visa trygghet och tillit. Detta styrks av Edwall et al. (2008) som skriver att patienterna tycker det är viktigt att bli lyssnad och trodd på, då skapas en professionell relation mellan dem med tillit och respekt vilket styrker resultaet i föreliggande studie. Relationen mellan specialistsjuksköterskan och patienterna ska vara professionell men präglas enligt Boström och Öresland (2019) av ett genusperspektiv där specialistsjuksköterskan blir som en moder. Detta perspektiv baseras på normer, värderingar och förväntningar där patienterna ska vårdas som om de vore deras barn. Om en relation skapas per automatik kan reflektion uppstå huruvida specialistsjuksköterskan ser partnerskapet som en hörnsten i den personcentrerade vården eller inte.

I resultatet beskriver specialistsjuksköterskan att hen fått kunskaper om personcentrerad vård genom utbildning men att de arbetar på det viset utan att tänka på det som ett arbetssätt. Thorarinsdottir och Kristjansson (2014) menar att personcentrerad vård ses som ett professionellt tillvägagångssätt snarare än en arbetsmodell där patienterna systematiskt bjuds in att delta och utforska arbetsmodellen. Detta resonemang styrks även av Ekman et al. (2011) som beskriver hur hälso- och sjukvårdspersonal anser att personcentrerad vård är en viktig del av vården. En svårighet är dock att få de att inse att de inte arbetar personcentrerat konsekvent och systematiskt. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2019) ska specialistsjuksköterskan arbeta personcentrerat. Det kan ifrågasättas om personcentrerad vård framställs som ett tillvägagångssätt eller en arbetsmodell att arbeta systematiskt utifrån. Enligt Ekman et al. (2011) måste rutiner skapas för att initiera, integrera och skydda personcentrerad vård på arbetsplatserna. Detta tolkas som att arbetsplatsen kan hitta strategier för hur svårigheter i patientarbetet kan hanteras genom att systematiskt integrera personcentrerad vård.

I studien framkommer att specialistsjuksköterskan anser att patienterna har ett eget ansvar och att de inte kan göra mer än att stödja dem. De tycker att det är upp till patienterna att

genomföra livsstilsförändringarna och kommer de inte längre släpper specialistsjuksköterskan patienterna. Enlig patientlagen (SFS, 2014:821) ska patienterna vara delaktiga och utforma sin vård och behandling. Dilemmat blir när patienterna inte vill. Enligt Johansson et al. (2016) kan patienterna ta eget ansvar över sjukdomen när de får stöd till lärande. Även Edwall et al. (2008) framhåller samma sak och att stödet gav hopp och tillit att se framåt vilket hjälper dem att inte ta på sig skulden när de inte klarar av att göra livsstilsförändringarna. Regelbundet stöd kan ge patienterna självförtroende i sjukdomen och till slut bli självständiga i sjukdomen (Edwall et al., 2008). Istället för att släppa patienterna som specialistsjuksköterskan gör enligt föreliggande studies resultat kan en möjlighet vara att ha en tätare kontakt. Både för att ytterligare dela varandras erfarenheter och kunskap samt för att skapa ett partnerskap som är viktiga delar i personcentrerad vård som också beskrivs av Ekman et al. (2011). Specialistsjuksköterskan stöttar och hjälper patienterna i deras väg från ställd diagnos till genomförda livsstilsförändringar. Stödet utgår ifrån patienterna. Det kan styrkas och jämföras med Friberg och Scherman (2005) där hälso- och sjukvårdspersonalen följer och låter sig följas av patienterna. Syftet är att tillföra relevant kunskap till patienterna för att utveckla deras förståelse. Detta kräver en öppenhet från hälso- och sjukvårdspersonalen till patienternas olika sätt att söka kunskap och vad patienterna faktiskt behöver och vill veta. Genom att låtas sig följas får vårdpersonalen möjlighet att förstå logiken bakom bristande följsamhet. Vårdpersonal behöver pedagogisk kunskap för att kunna följa patienterna och att låta sig följas (Friberg & Scherman, 2005).

Konklusion

Patienterna är i fokus i det personcentrerade stödet som specialistsjuksköterskan ger vid livsstilsförändringar till patienter med typ 2 diabetes. Specialistsjuksköterskan lyssnar in patienterna och individanpassar stödet. Med tiden skapas en relation där patienterna och specialistsjuksköterskan lär känna varandra och det personcentrerade stödet utvecklas ytterligare. Dessa delar utgör två av de hörnstenar som ingår i personcentrerad vård; patientberättelsen och partnerskapet. Specialistsjuksköterskan kan inte göra livsstilsförändringarna åt patienterna utan är enbart ett stöd. Det tar tid att utveckla det personcentrerade stödet och kräver pedagogisk kompetens. Specialistsjuksköterskan anser att stödet som ges är personcentrerat, men specialistsjuksköterskans personcentrerade stöd är mer ett förhållningssätt än ett systematiskt och konsekvent arbetssätt. Det handlar inte om motstånd hos specialistsjuksköterskan att arbeta personcentrerat utan mer om okunskap om hur personcentrerat stöd är ett arbetssätt.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studien bidrar med kunskap om att specialistsjuksköterskan arbetar med personcentrerat stöd vid livsstilsförändringar till patienter med typ 2 diabetes men att arbetssättet kan utvecklas. Resultatet visar att den utbildning som specialistsjuksköterskan får i personcentrerad vård används till viss del i praktiken och att arbetssättet är implementerat

på diabetesmottagningar inom primärvården i Västra Götalandsregionen. Studien bidrar med kunskap till samtliga yrkeskategorier som arbetar med diabetesvård, men även till annan vård där livsstilsförändringar är en del av behandlingen. Kunskapen kan bidra med utveckling av personcentrerad vård som arbetssätt. Förslag på fortsatt forskning är att undersöka patienters erfarenheter av personcentrerat stöd av specialistsjuksköterskan vid typ 2 diabetes. Förslagsvis ska patienterna tillhöra primärvård inom Västra Götalandsregionen för en rättvis jämförelse av resultat. Resultatdiskussionen tar upp pedagogikens betydelse i specialistsjuksköterskans arbete med patienterna. Det skulle kunna bidra till en intressant diskussion om huruvida specialistsjuksköterskans utbildning bör innehålla pedagogik.

REFERENSER

Andersson, S., Berglund, M., Vestman, C., & Kjellsdotter, A. (2019). Experiences of specially trained personnel of group education for patients with type 2 diabetes-A lifeworld approach. *Nursing open, 6(2),* 635–641. https://doi.org/10.1002/nop2.248

Berglund, M., Andersson, S. & Kjellsdotter, A. (2017). (red.), Att drabbas av långvarig sjukdom. Dahlberg, K. & Ekman, I. *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård: att bli lyssnad på och förstådd* (1:a uppl.). (s. 93-116). Liber.

Bhatia R, & Wallace P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice, 8,* 1–9. https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-48

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A. & Hörnsten, Å. (2014). Patient-centred care in type 2 diabetes - an altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28(4),* 675–682. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12092

Boström, E., & Öresland, S. (2019). The (in)visible "mother": Diabetes specialist nurses in Swedish primary healthcare. *Nordic Journal of Nursing Research, 39(1),* 29–37. https://doi.org/10.1177/2057158518775627

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. (2015). Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(1),* 118–125. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12139

Dahlberg, K. & Ekman, I. (2017). (red.). Att lyssna på och förstå patienters berättelser - några teoretiska utgångspunkter. Dahlberg, K. & Ekman, I. *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård: Att bli lyssnad på och förstådd*. (1:a uppl.). (s. 23-41). Liber.

Danielsson, E. (2017). (red.). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod*. (2:a uppl.). (s.143-155). Studentlitteratur.

Diabetesförbundet (2020). *Typ 2 diabetes*. Hämtad 1 januari, 2020 från https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/typ-2/

Donalek JG. (2004). Demystifying nursing research. Phenomenology as a qualitative research method. *Urologic Nursing, 24(6),* 516–517. Hämtad 15 april, 2020 från http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=2945bb49-878c-4c00-811e-f8c111c93aa9%40pdc-v-sessmgr03

Edvardsson, D. (2010). (red.). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. Edvardsson, D. *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik.* (1:a uppl.). (s.29–37). Studentlitteratur.

Edwall, L.-L., Hellström, A.-L., Öhrn, I., & Danielson, 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 (Wiley-Blackwell), 17(6),* 772–781. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 10(4),* 248–251. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4:e uppl.). Studentlitteratur.

Eriksson, A. & Engström, M. (2015). District nurses' perceptions of their preventive work and structural conditions for this work. *Nordic Journal of Nursing Research, 35(2),* 77–84. https://doi.org/10.1177/0107408315569122

Friberg, F. & Scherman, M. H. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19(3),* 274–279. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00341.x

Friman, A., Klang, B. & Ebbeskog, B. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25(3),* 426–434. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x

Fålun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., & Norekvål, T. M. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 15(7),* 495–503. https://doi.org/10.1177/1474515115614712

Goudarzi, M. (2017). (red.). Från traditionell till personcentrerad vård – en sjuksköterskas förändringsarbete. Persson, H-I., Javinger, M. & Ekman, I. *Personcentrerad hälso- och sjukvård: rapport från verkligheten.* (1:a uppl.). (s.147-166). Liber.

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today, 56,* 29–34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24(2),* 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2014). (red.), Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. Friberg, F. & Öhlén, J. *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (2:a uppl.). (s.361-385). Studentlitteratur.

Hörnsten, Å. & Graneheim, U. (2009). A Lesson to Learn – Patients' Critiques of Diabetes Nursing. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 11(1),* 0-0. Hämtad 27 december, 2019 från http://ispub.com/IJANP/11/1/4278

Hörnsten, Å., Jutterström, L., Audulv, Å. & Lundman, B. (2011). A model of integration of illness and self-management in type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 3,* 41–5. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1752-9824.2010.01078.x

International Council of Nurses. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor Svensk sjuksköterskeförening.* Hämtad 10 januari, 2020 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf.

Isaksson, U., Hajdaevic, S., Abramsson, MaiGreth., Stenvall, J. & Hörnsten, Å. (2015). Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences, 29(3),* 521-527. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12185

Jansson, I., Fors, A., Ekman, I., & Ulin, K. (2018). Documentation of person-centred health plans for patients with acute coronary syndrome. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 17(2),* 114–122. https://doi.org/10.1177/1474515117718415

Johansson K, Ekebergh M, & Dahlberg K. (2009). A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes. *International Journal of Nursing Studies, 46(2),* 197–203. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.09.001

Johansson, K., Österberg, S. A., 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 & Well-Being, 11,* 1–N.PAG. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.3402/qhw.v11.31330

Johansson, K., Österberg, S. A., Leksell, J. & Berglund, M. (2018). Supporting patients learning to live with diabetes: a phenomenological study. *British Journal of Nursing, 27(12),* 697–704. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.12968/bjon.2018.27.12.697

Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H. & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes-A randomized study. *Patient Education & Counseling, 99(11),* 1821–1829. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.pec.2016.06.016

Kahn, S. E., Cooper, M. E. & Del Prato, S. (2014). Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. *Lancet, 383(9922),* 1068–1083. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1016/S0140-6736(13)62154-6

Karlsten, B. (2013). (red.), Den individuella handledningssamtalet nyckeln till bättre diabeteshantering?. Skafjeld, A. & Graue, M. *Diabetes förebyggande arbete, behandling och uppföljning.* (2:a uppl.). (s.261-285). Studentlitteratur.

Kiguli, J., Alvesson, H. M., Mayega, R. W., Kasujja, F. X., Muyingo, A., Kirunda, B. & Daivadanam, M. (2019). Dietary patterns and practices in rural eastern Uganda: Implications for prevention and management of type 2 diabetes. *Appetite, 143,* N.PAG. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.appet.2019.104409

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, 25(3),* 558–566. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x

Leijon, M., E, Bendtsen, P., Ståhle, A., Ekberg, K., Festin, K. & Nilsen, P. (2010). Factors associated with patients self-reported adherence to prescribed physical activity in routine primary health care. *BMC Family Practice, 11,* 9p. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1186/1471-2296-11-38

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). (red), Kvalitativ innehållsanalys. Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (3:e uppl.). (s 219-233). Studentlitteratur.

Malpass A, Andrews R, Turner KM, Malpass, A., Andrews, R. & Turner, K. M. (2009). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study. P*atient Education & Counseling, 74(2),* 258–263. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.018

Medicinska forskningsrådet. Nämnden för forskningsetik. (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. (2:a uppl.). Medicinska forskningsrådet (MFR).

Merakou, K., Knithaki, A., Karageorgos, G., Theodoridis, D., & Barbouni, A. (2015). Group patient education: effectiveness of a brief intervention in people with type 2 diabetes mellitus in primary health care in Greece: a clinically controlled trial. *Health Education Research, 30(2*), 223–232. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1093/her/cyv001

Miyamoto, S., Henderson, S., Fazio, S., Saconi, B., Thiede, E., Greenwood, D. A. & Young, H. M. (2019). Empowering Diabetes Self-Management Through Technology and Nurse Health Coaching. *Diabetes Educator, 45(6),* 586–595. https://doi.org/10.1177/0145721719879421

Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M. & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(3),* 418–425. https://doi.org/10.1111/scs.12146

Nymberg, P. & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30(2),* 349–355. https://doi.org/10.1111/scs.122

O'Donnell, C. A., Higgins, M., Chauhan, R. & Mullen, K. (2007). They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Services Research, 7.* https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-75

Ranerup, A., Sparud-Lundin, C., Koinberg, I., Skärsäter, I., Jenholt-Nolbris, M., & Berg, M. (2014). Role of Theories in the Design of Web-Based Person-Centered Support: A Critical Analysis. *International Journal of Chronic Diseases, 2014*. http://dx.doi.org/10.1155/2014/603047

SBU. (2017a). *Följsamhet till livsstilsråd*. Hämtad 2 januari, 2020 från https://www.sbu.se/contentassets/c7f912ef7931482a9408b35255c44c0c/foljsamhet-till-livsstilsrad.pdf

SBU. (2010). *Mat vid diabetes*. Hämtad 3 januari, 2020 från https://www.sbu.se/contentassets/923855c431bc4f668746920cfb49d590/mat_vid_diabetes_fulltext.pdf

SBU. (2017b). *Patientdelaktighet i hälso och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet.* Hämtad 2 januari, 2020 från https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 13 januari, 2020 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 23 april, 2020 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2 januari, 2020 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf

SOSFS 2009:6. *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.* Socialstyrelsen. Hämtad 2 januari, 2020 från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2009-10-6.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (2013). *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för specialistsjuksköterska i diabetesvård.* Hämtad 2 januari, 2020 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_sjukskorterka.diabetes.vard.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård.* Hämtad 16 januari, 2020 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktsköterska.* Hämtad 2 januari, 2020 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf

Talaei-Khoei, A. & Wilson, J. M. (2018). Identifying people at risk of developing type 2 diabetes: A comparison of predictive analytics techniques and predictor variables. *International Journal of Medical Informatics, 119,* 22–38. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.ijmedinf.2018.08.008

Thórarinsdóttir, K., & Kristjánsson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: *A framework analysis. Nursing Ethics, 21(2),* 129–147. https://doi.org/10.1177/0969733013490593

Varming, A. R., Rasmussen, L. B., Husted, G. R., Olesen, K., Grønnegaard, C. & Willaing, I. (2019). Improving empowerment, motivation, and medical adherence in patients with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial of a patient-centered intervention. *Patient Education & Counseling, 102(12),* 2238–2245. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.pec.2019.06.014

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad 13 januari, 2020 från http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

Wang, X., He, L., Zhu, K., Zhang, S., Xin, L., Xu, W. & Guan, Y. (2019). An integrated model to evaluate the impact of social support on improving self-management of type 2 diabetes mellitus. *BMC Medical Informatics & Decision Making, 19*(1), N.PAG. https://doi.org.libraryproxy.his.se/10.1186/s12911-019-0914-9

Wilcox, S., King, A. C., Castro, C., & Bortz, W. (2000). Do changes in physical activity lead to dietary changes in middle and old age?. *American journal of preventive medicine, 18(4),* 276–283. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(00)00117-3

World Health Organization (2020) *Diabetes.* Hämtad 22 april, 2020 från https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

World Medical Association - Ethical principles for medical research involving human subjects. (2013). *The declaration of Helsinki*. Hämtad 23 april, 2020 från https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Bilaga 1

Till verksamhetschef

Specialistsjuksköterskans personcentrerade stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes.

Detta är en förfrågan om samtycke till att specialistsjuksköterskor inom din verksamhet tillfrågas om deltagande i studien, ***Specialistsjuksköterskans personcentrerade stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes.*** Syftet är att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes. Begreppet personcentrerad vård har funnits sedan början av 2000-talet och är idag implementerat på många arbetsplatser. Forskning visar att patienter med typ 2 diabetes genomför livsstilsförändringar i större utsträckning med personcentrerat stöd, men det saknas kunskap om hur specialistsjuksköterskan arbetar personcentrerat med patienter med typ 2 diabetes.

Studien är en intervjustudie och vänder sig till specialistsjuksköterskor (distriktssköterskor och diabetessköterskor) inom primärvården som arbetar aktivt med patienter med typ 2 diabetes och har minst 6 månaders erfarenhet av det. Till studien söks totalt tio deltagare. Deltagande i studien innebär att delta i en intervju som beräknas ta ca 45 minuter och den kan genomföras i era lokaler.

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att behöva ange orsak. Intervjun kommer att spelas in via en mobiltelefon. Inspelningen kommer efter att studien är färdig och godkänd att förstöras. Den information som specialistsjuksköterskan lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s så att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig.

Studien ingår som examensarbete i distriktssköterskeprogrammet. Resultatet ska kunna användas och komma till nytta för våra kurskamrater på distriktssköterskeprogrammet, men även till verksamma specialistsjuksköterskor. Om du är intresserad kan vi gärna delge dig resultatet. Vänligen besvara denna förfrågan om att specialistsjuksköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du informerar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Distriktsköterskestudent	Distriktsköterskestudent	Handledare:
Sofie Svensson	Therese Ålrud	Sirpa Rosendahl,
Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde
Tel: xxx	Tel: xxx	Tel: xxx
E-post: xxx	E-post: xxx	E-post: xxx
		Lektor i omvårdnad

Bilaga: Medgivandeblankett

BLANKETT FÖR MEDGIVANDE AV VERKSAMHETSCHEF ELLER MOTSVARANDE

¨Specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes¨

Er anhållan:

☐ Medgives

☐ Medgives inte

_____ _____

Ort Datum

_____

Underskrift

_____

Verksamhetsområde

Bilaga 2

Till deltagare

Specialistsjuksköterskans personcentrerade stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes

Förfrågan om samtycke till att deltaga i vår studie. Studiens syfte är att beskriva ***specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes.*** Begreppet personcentrerad vård har funnits sedan början av 2000-talet och är idag implementerat på många arbetsplatser. Forskning visar att patienter med typ 2 diabetes genomför livsstilsförändringar i större utsträckning med personcentrerat stöd, men det saknas kunskap om hur specialistsjuksköterskan arbetar personcentrerat med patienter med typ 2 diabetes.

Studien är en intervjustudie innehållstudie och vänder sig till specialistsjuksköterskor (distriktssköterskor och diabetessköterskor) inom primärvården som arbetar aktivt med patienter med typ 2 diabetes och har minst 6 månaders erfarenhet av det. Deltagande i studien innebär att delta i en intervju som beräknas ta ca 45 minuter och den kan genomföras i era lokaler eller på den plats du själv väljer.

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge orsak. Intervjun kommer att spelas in via en mobiltelefon. Inspelningen kommer efter att studien är färdig och godkänd att förstöras. Den information som du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s så att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig.

Studien ingår som examensarbete i distriktssköterskeprogrammet. Resultatet ska kunna användas och komma till nytta för våra kurskamrater på distriktssköterskeprogrammet, men även till verksamma specialistsjuksköterskor. Om du är intresserad kan vi gärna delge dig resultatet. Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Då återkommer vi till dig via e-post så vi kan bestämma tidpunkt för intervjun. Med detta brev följer en samtyckesblankett för skriftligt samtycke som du lämnar vid intervjutillfället.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Distriktsköterskestudent	Distriktsköterskestudent	Handledare:
Sofie Svensson	Therese Ålrud	Sirpa Rosendahl,
Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde	Högskolan i Skövde
Tel: xxx	Tel: xxx	Tel: xxx
E-post: xxx	E-post: xxx	E-post: xxx
		Lektor i omvårdnad

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har tagit del av information om ¨Specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes¨.

Jag har även tagit del av information om att deltagande är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange varför.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift studiedeltagare

_____

Ort, datum

_____

Underskrift

Bilaga 3

Intervjufrågor

Bakgrundsfrågor:

1. Hur länge har du arbetat som specialistsjuksköterska?
2. Är du diabetessköterska eller distriktssköterska?
3. Hur länge har du arbetat med diabetespatienter?

Intervjufrågor:

4. Kan du beskriva hur din arbetsplats arbetar ur ett personcentrerat perspektiv?
5. Vad innebär personcentrerat stöd för dig?
6. Vad har du för kunskap om personcentrerad vård?
7. Vad har du för kunskap om personcentrerat stöd vid livsstilsförändringar?
8. Kan du beskriva hur du arbetar med personcentrerat stöd till livsstilsförändringar när du arbetar med patienter?
9. Kan du berätta hur det är att möta patienten personcentrerat vid ett besök?
10. Hur upplever du att patienterna förhåller sig till de livsstilsråd du ger?
11. Vilka fördelar ser du med att arbeta personcentrerat?
12. Vilka utmaningar ser du med att arbeta personcentrerat?
13. Kan du berätta hur du upplever förutsättningarna för att arbeta med personcentrerat stöd på din arbetsplats?
14. Har du arbetet med andra sätt att stödja diabetespatienter? Om du jämför med att arbeta personcentrerat med det (andra sättet), kan du berätta något om skillnader och likheter?
15. Kan du berätta om några av de områden som du ger råd om livsstilsförändringar om? På vilket sätt genomförs det personcentrerat?
16. Kan du berätta om dina erfarenheter av patienternas inställning till livsstilsförändring?

Följdfrågor:

17. Kan du utveckla
18. Hur känner du
19. Hur upplever du
20. Hur tänker du
21. Kan du berätta mer om detta
22. Kan du ge exempel på detta

Avslutande fråga:

23. Är det något du vill tillägga?