

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:64

På samma trappsteg
Diabetessköterskors upplevelser av att arbeta med patienter
som lever med diabetes typ 2

MALIN BENGTSSON
ELEONORE HJERPE SVENSÄTER



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: På samma trappsteg - Diabetessköterskors upplevelser av att arbeta med patienter som lever med diabetes typ 2.

Författare: Malin Bengtsson och Eleonore Hjerpe Svensäter

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterska med inriktning distriktssköterska

Handledare: Niklas Andersson

Examinator: Laura Darcy

Sammanfattning

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som går hand i hand med ökad förekomst av övervikt och fetma. Diabetes typ 2 ökar och debuterar lägre ner i åldrarna än tidigare. Sjukdomen kan föra med sig allvarliga komplikationer som till exempel blindhet och njursvikt om den ej behandlas. Många komplikationer går att förebygga genom livsstilsförändringar. Genom att arbeta hälsofrämjande och förebyggande har diabetessköterskor en viktig roll i att bidra till bättre hälsa hos dessa patienter. Syftet med studien var att belysa diabetessköterskors upplevelse av att arbeta med patienter som lever med diabetes typ 2.

Studien har en kvalitativ induktiv ansats. Åtta diabetessköterskor som arbetar på vårdcentraler intervjuades och fick samma öppna ingångsfråga där de ombads berätta om sina upplevelser av att arbeta med patienter som lever med diabetestyp 2. En kvalitativ analys av transkriberade texten från intervjuerna analyserades enligt Lundman och Hällgren Graneheim.

Resultatet visar att diabetessköterskor har ett djupt engagemang i patienters hälsa och livssituation. Diabetessköterskor känner glädje och känner sig nöjda med sin egen insats när patienter lyckas genomföra livsstilsförändringar. De berättar också att de känner misslyckande när patienter inte klarar att förändra sina vanor och värdena försämras. De upplever utmaningar i möten med patienter från kulturer som är främmande för dem samt i att använda tolk. Resultatet visar också att diabetessköterskor upplever en en-

samhet och utsatthet i arbetet när de saknar kollegor som arbetar med diabetes på vårdcentralen.

Diabetessköterskor har behov av en kollegial gemenskap för att inte känna ensamhet i sitt ansvar för patienters hälsa. Diabetessköterskors behov av fördjupade kunskaper om mångkulturell vård och tolkanvändande diskuteras också.

Nyckelord: *Diabetessköterska, hälsofrämjande arbete, diabetes typ 2, vårdrelation, livsstilsförändringar, diabetesvård*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Diabetes Typ 2	1
Livsvärld	2
Hälsa	2
Vårdande	3
Tidigare forskning	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Ansats	5
Urval	5
Tabell 1	6
Datainsamling	6
Datanalys	7
Tabell 2	8
Tabell 3	8
Etiska övervägande	8
RESULTAT	9
Diabetessköterskors engagemang	9
Känner sig nöjd och stolt	9
Känslor av misslyckande, skuld och sorg	10
Förutsättningar för arbetet	11
Medvetenhet om det egna lärandet och behov av fortbildning	11
Behov av samverkan med kollegor	11
Upplevda utmaningar i arbetet	12
Upplever kulturella skillnader	12
Brist på tid ses som en begränsning	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
SLUTSATS	17
Kliniska implikationer	17
REFERENSER	19
BILAGOR	22
Bilaga I: Brev till verksamhetschef	22



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

	_____	22
Bilaga II: Godkännande från verksamhetschef	_____	23
Bilaga III: Brev till avdelningschef	_____	24
Bilaga IIII: Godkännande från avdelningschef	_____	25

INLEDNING

När vi påbörjade arbetet med magisteruppsatsen under våren 2015 hade vi arbetat som sjuksköterskor under tretton respektive åtta års tid. Vår egen erfarenhet av möten med patienter som lever med diabetes typ 2 kommer från arbetet som sjuksköterskor inom slutenvård, samt de senaste åren på vårdcentral respektive ögonmottagning. Det är framförallt de senaste åren på våra respektive arbetsplatser, som vi kommit i kontakt med dessa patienter och har fått ett fördjupat intresse för hur det är att arbeta hälsofrämjande med patienter som lever med diabetes typ 2.

Vid den verksamhetsförlagda utbildningen inom ramen för distriktssköterskeutbildningen på Högskolan i Borås, samt genom ovan nämnda arbetslivserfarenhet har vi erhållit en inblick i hur diabetessköterskor arbetar hälsofrämjande i möten med patienter som lever med diabetes typ 2. På detta sätt väcktes ett intresse och vi blev intresserade av att ta reda på hur diabetessköterskor själva upplever sitt arbete.

BAKGRUND

Diabetes Typ 2

Ericson och Ericson (2013, s. 553) beskriver att diabetes typ 2 är den absolut vanligaste formen, cirka 80% av de personer med diagnosen diabetes lider av typ 2. Antalet som insjuknar varje år ökar i hela världen men främst har man sett en ökning i de östra delarna av Europa samt i Kina. Tidigare kallades sjukdomen för åldersdiabetes men då den nu debuterar hos fler och fler yngre har man gått ifrån detta. Ökningen av sjukdomen går hand i hand med den ökade förekomsten av övervikt och fetma som drabbar de flesta länderna i världen. Andra riskfaktorer är rökning samt ärftlighet, finns diagnosen hos föräldrar och/eller syskon har individen en ökad risk att utveckla diabetes typ 2 (Ericson & Ericson 2013, s. 553).

Vidare tar Ericson och Ericson (2013, s. 553) upp att i början av sjukdomen utvecklar vävnaderna i kroppen som är beroende av insulin för att kunna ta upp glukos en nedsatt insulinkänslighet som benämns som insulinresistens. Orsaken bakom detta beror på att muskelmassan minskar med stigande ålder och fettväven ökar, dessa vävnader är mest insulinberoende tillsammans med levern. Detta leder till att inlagringen av fett i cellerna som finns i muskelvävnaden och levern ökar samt att blodflödet till muskulaturen försämras då den fysiska aktiviteten hos individen oftast minskar vid högre ålder. Dessa åldersförändringar i kroppen som sker av naturliga skäl kan bidra till att en insulinresistens utvecklas i kroppen och det leder till att glukosupptaget i de vävnader som är insulinberoende försämras. När detta sker leder det till att kroppens betaceller måste öka sin insulinutsöndring vilket i sin tur orsakar hyperinsulinemi (Ericson & Ericson 2013, s. 553).

Dessutom belyser Ericson och Ericson (2013, s. 553) att även om betacellerna ökar sin insulinproduktion räcker det inte eftersom att insulinresistensen i vävnaderna successivt förvärras. De första 10-15 åren av sjukdomen klarar betacellerna att hålla nivån av insulin på en hög nivå men sedan sviktar förmågan, produktionen minskar och en insulinbrist uppstår istället. Blodsockerhalten höjs och symtomen på diabetes med ökad törst,

stora urinvängder samt en trötthet börjar att visa sig hos individen (Ericson & Ericson 2013, s. 553).

De komplikationer som kan uppstå i samband med sjukdomen nämns bland annat i diabetesprogrammet utvecklat av Världshälsoorganisationen WHO (WHO 2015a). Där delas de upp i mikrovaskulära och makrovaskulära komplikationer. De mikrovaskulära skadar de små blodkärlen och kan leda till skador på ögonen (retinopati) med blindhet som slutresultat. De påverkar även njurarna med njursvikt som följd samt nervbanorna (neuropati) som kan leda till impotens. Uppkomst av diabetesfot räknas även in bland de mikrovaskulära komplikationerna och upprepade svåra infektioner kan i slutändan leda till amputation. Till de makrovaskulära komplikationerna räknas hjärt- kärlsjukdomar som hjärtinfarkt och stroke men även insufficiens i benens blodflöde. Enligt diabetesprogrammet (WHO, 2015a) har det gjorts många stora studier som visar på att hälsofrämjande insatser kan fördröja uppkomsten och utvecklingen av dessa komplikationer.

Livsvärld

Livsvärlden kan förklaras som det vardagsliv en enskild människa erfar, allt som sker där och hur det påverkar hennes livssituation och hälsa. Livsvärlden är individuell och helt unik för varje enskild människa. Två människor kan därför uppleva samma företeelse på helt skilda sätt och det kan medföra helt olika konsekvenser i vardagslivet för dessa två olika människor. Livsvärlden upplevs i ett sammanhang och påverkas av allt som en människa bär med sig av erfarenheter. I mötet med patienter bör diabetesköterskor använda sig av detta synsätt genom ett så kallat livsvärldsperspektiv, vilket är grundläggande för att bedriva vård som främjar hälsa (Dahlberg & Segesten 2010, s. 126-129).

Att öka patienters delaktighet i vården är ett sätt att skapa förutsättningar för ett livsvärldsperspektiv (Dahlberg & Segesten 2010 s. 181). Patienter har också rätt till delaktighet i vården och planering av vården enligt svensk lagstiftning (SFS 2014:821). Sett från sjuksköterskors perspektiv finns olika strategier för att underlätta patienters delaktighet i vårdande (Sahlsten, Larsson, Sjöström, & Plos 2009, s. 495). Dessa är att skapa ett gott samarbete med patienten, lära känna patienterna, att stärka patienter i deras självkänsla och möjlighet att själv påverka sin livssituation och hälsa. Dessa strategier syftar till att patienter ska finna sina egna resurser och handla hälsofrämjande utifrån dem. För att göra detta behöver sjuksköterskor ta reda på patienters kunskapsnivå och anpassa sig till dem (Sahlsten et al 2009, s. 495). Det behövs en öppenhet för patienters livsvärld för att kunna uppnå att patienter känner delaktighet. Att lära känna patienter och bygga upp en relation till dem är ett sätt för diabetesköterskor att få ökad förståelse för den enskilde patientens livsvärld och upplevelser av att leva med diabetes typ 2.

Hälsa

WHO lyfter tre aspekter av hälsa; den fysiska, mentala och den sociala aspekten i en människas liv (WHO 2015b). Enligt WHO's definition av hälsa är det *”ett tillstånd av fullständigt välbefinnande”* i dessa tre aspekter. Att leva med en kronisk sjukdom som

diabetes typ 2 är inget hinder för att människor ska kunna uppleva hälsa (WHO 2015b; Dahlberg & Segesten 2010, s. 49), även om sjukdomen i sig kan vara grunden till mycket lidande för patienten (Dahlberg & Segesten 2010, s. 49). Det övergripande målet för allt folkhälsoarbete i Sverige är enligt Folkhälsomyndigheten (2015) att skapa förutsättningar i samhället så att hela befolkningen kan uppnå en god hälsa på lika villkor. Ett steg i att underlätta detta arbete är de elva målområden som utvecklats där målområde sex är hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Detta målområde belyser olika faktorer som påverkar hälsan samt vikten av att arbeta med dessa inom hälso- och sjukvården. Dessa mål överensstämmer med hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som säger att målet för hälso- och sjukvården som bedrivs i Sverige är att hela befolkningen ska uppnå en god hälsa (SFS 1982:763).

I hälso- och sjukvårdslagen finns också beskrivet att ett krav på vården är att den ska förebygga ohälsa hos befolkningen (SFS 1982:763). I Patientlagen finns beskrivet att patienter ska få individuellt anpassad information om sin ohälsa och vad det kan leda till för komplikationer i framtiden (SFS 2014:821). Patienter har samtidigt enligt svensk lagstiftning rätt till att slippa få information om sitt hälsotillstånd, om de så önskar (SFS 2014:821). Relaterat till denna studie betyder detta att diabetessköterskor behöver kunna hitta en balans i hur mycket och vilken information som ges, genom att ta redan på vad den enskilde patienten önskar veta om till exempel komplikationer och kostråd för att kunna främja hälsa hos patienter.

Kroppen är en människas centrum från vilken livsvärlden utgår. Det är genom kroppen som människan lever och erfar sin omvärld. Kroppen är en del av människan existens och kan inte skiljas ut som enbart en biologisk aspekt. Att uppleva en förändring i kroppen påverkar således en människas hela vardagsliv (Dahlberg & Segesten 2010, s. 131-133). Lindwall (2012 s. 138) beskriver att kroppen ur ett vårdvetenskapligt perspektiv ses som en plats för både lidande och hälsa. En studie där man undersökt patienter som lever med diabetes typ 2 och deras bilder av sina egna kroppar, visar det sig att det som framförallt motiverar patienter till att gå ner i vikt är deras egen kroppsuppfattning (Baptiste-Roberts, Gary, Bone, Hill, & Brancati 2006, s. 199). Om patienterna själva tyckte att de var överviktiga och önskade gå ner i vikt, var detta mycket starkare drivkraft än om läkare informerade dem om att de var överviktiga och att de behövde gå ner i vikt. Studien beskriver hur viktigt det är för diabetessköterskor att fånga upp patienters individuella uppfattningar av sin egen kropp för att kunna arbeta hälsofrämjande och förhindra komplikationer till diabetes typ 2.

Vårdande

Syftet med vårdande är att hjälpa patienter mot hälsa och att stärka deras självkänsla till att själva kunna påverka sin egen hälsa (Dahlberg & Segesten 2010, s. 181). För att detta ska ske behöver vårdare ha ett lyssnande förhållningssätt som är fritt från antaganden om patienters uppfattningar och individuellt anpassat efter den enskilde patienten och dennes livsvärld (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 184-185).

En vårdrelation är en professionell relation mellan vårdare och patient som syftar till att främja hälsa hos patienten (Dahlberg & Segesten 2010, s. 190). I alla möten med patienter har vårdare ansvar för att detta sker (Dahlberg & Segesten 2010, s. 193). I

sjuksköterskans yrkesroll ingår att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande (SFS 1982:763). För patienter med diabetes typ 2 är väl reglerat blodtryck, reglerade blodfetter samt viktreducering vid övervikt eller fetma faktorer som spelar in för att blodsockret ska hålla sig inom referensvärdet och på så vis förebygga komplikationer (Socialstyrelsen 2015, ss. 7-8). Genom att förändra sin livsstil har patienter med diabetes typ 2 goda förutsättningar till att uppnå bättre hälsa (Socialstyrelsen 2015, s. 8; Socialstyrelsen 2011, s. 12). Diabetessköterskor har genom att arbeta hälsofrämjande och förebyggande en viktig roll i att bidra till bättre hälsa hos dessa patienter.

Diabetessköterskor har kunskap inom ämnena medicin, pedagogik, ledarskap och vårdvetenskap (Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård & Svensk sjuksköterskeförening 2013, s. 7). Deras roll är att stötta patienter till att självständigt kunna sköta sin hälsa och medicinering kopplat till diabetes. Diabetessköterskor följer upp blodsocker, skriver ut läkemedel samt justerar dessa. De förskriver även hjälpmedel som till exempel blodsockermätare och teststickor. Diabetessköterskor ska i samarbete med patient och andra yrkeskategorier i vården sätta upp individuellt anpassade mål för behandlingen och arbeta mot dem. (Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård & Svensk sjuksköterskeförening 2013, s. 8). Genom att arbeta hälsofrämjande och förebyggande har diabetessköterskor en viktig roll i att bidra till bättre hälsa hos patienter som lever med diabetes typ 2.

Både sjuksköterskor och distriktssköterskor erbjuds vidareutbildning inom diabetesvård. För att underlätta läsningen kommer benämningen framöver vara diabetessköterskor.

Tidigare forskning

Tidigare forskning inom området har visat att diabetessköterskors upplever att behöver upprätthålla en god kommunikation med patienter för att kunna arbeta hälsofrämjande på ett effektivt sätt (Huber, Huber & Shaha 2011, s. 92). Det är utmanande och tidskrävande för diabetessköterskor att motivera patienter till livsstilsförändringar (Boström, Isaksson, Lundman, Egan Sjölander & Hörnsten 2012, s. 41, 43). Diabetessköterskor har en bild av att patienterna ibland berättar vad de tror att diabetessköterskor vill höra gällande deras kostvanor, hellre än att berätta om hur deras kostvanor verkligen ser ut (Boström et al 2012, s. 41).

Observationer av möten mellan sjuksköterskor i primärvården och patienter, har visat att sjuksköterskor använder sig till stor del av upprepande och förtydligande av information vid hälsofrämjande samtal (Al Sayah, Williams, Pederson, Majumdar & Johnson 2014, s. 414; Efraimsson, Fossum, Ehrenberg, Larsson, & Klang 2012, s. 777). Sjuksköterskor prioriterar inte att fånga upp patienters förståelse eller föreställningar kring det aktuella ämnet i hälsofrämjande samtal (Al Sayah et al 2014, s. 414). De använder sig till viss del också av en medicinsk jargong i mötet med patienterna, ett språk som inte är anpassat till patienters kunskap om ämnet (Al Sayah et al 2014, s. 416).

Det förekommer att diabetessjuksköterskor känner frustration och otillräcklighet i sin yrkesroll när patienter inte är villiga att förändra sin livsstil (Boström et al 2012, s. 41). Studier har visat att det även är vanligt att personal som arbetar med att lyfta folkhälsofrågor i kommunal verksamhet upplever frustration och inre stress när arbetet inte funge-

rar som de önskar, bland annat på grund av hälso- och sjukvårdens organisation (Sunderland, Harris, Johnstone, Del Fabbro & Kendall 2015, s, 44). Även sjuksköterskor inom diabetesvård kan uppleva att organisationen och den tidskrävande administrationen är faktorer som hindrar dem i patientarbetet (Boström et al 2012, s.43; Scambler, Newton, Sinclair & Asimakopoulo 2012, s. 21). God kommunikation med andra yrkesgrupper och med varandra är viktigt för att de ska uppleva tillfredställelse i det hälsofrämjande arbetet (Huber, Huber & Shaha 2011, s.92). Andra studier har däremot visat att diabetessköterskor kan uppleva samarbete med andra yrkesgrupper än läkare som ett hot mot deras egen yrkesroll (Boström et al 2012,s.43). För vårdare kan en annan orsak till frustration vara medvetenheten om hur pengar styr och begränsar verksamheten; en känsla av att man skulle kunna hjälpa patienter mycket mer med hälsofrämjande arbete om inte resurserna begränsade arbetet (Scambler et al 2012, s. 21). En annan faktor som underlättar det hälsofrämjande arbetet för diabetessköterskor är att ha tillgång till relevant vidareutbildning, vilket gör att de känner uppmuntran i arbetet och klarar av det bättre (Huber, Huber & Shaha 2011, s. 92).

PROBLEMFORMULERING

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som obehandlad kan leda till allvarliga komplikationer. Målet för hälso- och sjukvården i Sverige är att hela befolkningen ska uppnå en god hälsa. Att leva med en kronisk sjukdom som diabetes typ 2 är inget hinder för att uppnå hälsa. Genom att förändra sin livsstil har många patienter som lever med diabetes typ 2 goda förutsättningar att själva påverka och förbättra sin hälsa. Diabetessköterskor arbetar med att stötta patienter i detta. För att diabetessköterskor ska kunna utföra sitt arbete och utvecklas i detta krävs reflektion över yrkesrollen. Därför behövs det undersökas mer om hur diabetessköterskor upplever sitt arbete.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa diabetessköterskors upplevelser av att arbeta med patienter med som lever med diabetes typ 2.

METOD

Ansats

Studien har en induktiv kvalitativ ansats. Valet av metod grundar sig i syftet med studien då man genom kvalitativa intervjuer kan få svar på frågor om diabetessköterskans upplevelser genom dennes eget berättande utifrån sin livsvärld och sina referensramar (Kvale & Brinkmann 2014, s. 47).

Urval

Initialt var inklusionskriterierna att diabetessköterskorna skulle vara distriktssköterskor med påbyggnadsutbildning inom diabetes och minst tre års arbetslivserfarenhet. Det visade sig vara svårt att erhålla tillräckligt med antal diabetessköterskor med dessa inklusionskriterier. Därför kompletterades de till att även involvera legitimerade sjuksköterskor med påbyggnadsutbildning inom diabetes. Samtliga diabetessköterskor var kvinnor

i ett uppskattat åldersintervall på 35 - 65 år och deras arbetslivserfarenhet sträckte sig från 6 - 32 år (Tabell 1). Fem av de diabetessköterskor som intervjuades hade en kollega i form av ytterligare en diabetessköterska på vårdcentralen. De övriga tre arbetade ensamma som diabetessköterskor på respektive vårdcentral. En av vårdcentralerna saknade diabetesansvarig läkare. (Tabell 1).

Tabell 1

Intervjuperson	Antal år som yrkesverksam diabetessköterska	Utbildning
1	7 år	Distriktssköterska
2	6 år	Distriktssköterska
3	10 år	Sjuksköterska
4	17 år	Distriktssköterska
5	6 år	Sjuksköterska
6	15 år	Sjuksköterska
7	32 år	Sjuksköterska
8	11 år	Sjuksköterska

Datansamling

För att erhålla godkännande att genomföra studien kontaktades verksamhetscheferna samt avdelningscheferna på 22 vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen i Borås med omnejd samt 32 vårdcentraler i Region Kronoberg via brev (bilaga I & III). I Västra Götaland erhöles svar från sammanlagt åtta vårdcentraler varav fyra gav sitt godkännande. Inom Region Kronoberg erhöles svar från sammanlagt tio vårdcentraler varav sex stycken gav sitt godkännande. Dessa godkännande gavs av antingen verksamhetschef eller både verksamhets- och avdelningschef i de fall detta förekom på vårdcentralerna. Inom Västra Götalandsregionen avböjde ansvarig verksamhetschef för Närhälsan att ge sitt godkännande utan hänvisade via mail till respektive avdelningschef på de olika vårdcentralerna (bilaga II & III). Av de sammanlagt åtta vårdcentraler som avböjde deltagande i studien uppgav sex vårdcentraler personalbrist som orsak, de övriga två uppgav ingen orsak. Därefter kontaktades diabetessköterskorna personligen via mail eller telefon för bokning av intervju.

Åtta intervjuer på tre vårdcentraler i Kronoberg och fyra vårdcentraler i Västra Götaland genomfördes. En av vårdcentralerna i Västra Götaland drevs i privat regi och de andra drevs av Närhälsan. Samtliga deltagande vårdcentraler i Kronobergs län drevs av Region Kronoberg. Intervjuerna genomfördes i alla åtta fall på diabetessköterskans arbetsplats. Diabetessköterskan hade blivit ombudda att avsätta ca en timma på en ostörd plats. Trots detta uppstod det vid två intervjuer avbrott av kollegor till diabetessköterskan som ville fråga denna något som berörde deras arbete. Intervjuerna pågick under 19-38 minuter och spelades in som ljudfiler.

Samtliga intervjuer inleddes med en öppen ingångsfråga: ”Berätta om dina upplevelser av att jobba med patienter med diabetes typ 2”. Detta var en inledande fråga där syftet var att få diabetessköterskan att berätta fritt om ämnet (Kvale & Brinkmann 2014, s. 176). Därefter blev följdfrågorna som ställdes varierande beroende av vad som framkom under intervjuens gång och för att på så sätt fördjupa förståelsen av det som diabetessköterskan berättade. Enligt Kvale och Brinkmann (2014 s. 180) är det en konst att kunna följa upp de trådar som informanten lämnar obesvarade. Författarna var medvetna om detta under intervjuernas gång och försökte att ha en öppen och lyssnande attityd gentemot det som sades för att kunna följa upp det som gav svar på något om syftet med studien (Kvale & Brinkmann 2014, s. 180). Exempel på följdfrågor som ställdes var ”Kan du berätta mer om det?” och ”Har du varit med om det någon gång?”.

I efterhand transkriberades intervjuerna till textdokument. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och det skrevs även ut talspråk så som ”Ehh...” och ”Mm”. När det blev längre paus så angavs detta med (paus) och när diabetessköterskan eller författaren skrattade angavs detta med (skratt). Även rörelser med kroppen finns nedskrivna och allt detta skedde av den författare som genomfört intervjun. Syftet med detta var för att inte förlora någon nyans av det som sades då intervjun skulle bli föremål för en vidare analysring (Kvale & Brinkmann 2014, ss. 221-222). Transkriberingen av intervjuerna skedde så snart som det var möjligt att genomföra efter att intervjun spelats in. I samtliga fall skedde detta inom en period av två veckor.

Datanalys

Efter avslutad transkribering påbörjades den kvalitativa innehållsanalysen. Med hjälp av Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 190-195) plockades de utifrån studiens syfte aktuella meningsbärande enheter ut från var och en av intervjuerna gemensamt av båda författarna. En meningsbärande enhet är ett stycke text som hör samman genom innehållet i det. Dessa meningsbärande enheter bestod av allt från en mening upp till ett längre stycke text. Alla meningsbärande enheter sågs i sitt sammanhang i intervjutexten som helhet och inte som fristående enhet då detta är grundläggande för förståelsen av innehållet i texten.

Därefter skedde en kondensering av de meningsbärande enheterna. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 190-195) är detta den process som på bästa sätt kortar ner en text utan att påverka ursprungsinnehållet. Analysprocessen fortsatte sedan med att de kondenserade meningsbärande enheterna abstraherades genom att dela in dem i grupper med gemensamt innehåll. Det kunde vara meningsbärande enheter som beskrev liknande innehåll, men på olika sätt och med olika infallsvinklar. Detta arbete genomfördes enskilt av författarna då Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 190-195) visar på att kodning av kondenserade meningsbärande enheter tillåter en granskning av texten på nya och olika sätt. Sedan tog författarna del av varandras synpunkter och en gemensam kodning växte fram. Koderna sammanställdes i kategorier, exempel på detta visas i tabell 2.

Tabell 2

Meningsbärande enhet	Koder	Underkategori	Kategori
Jag kan nog erkänna det att jag kan känna lite skuld i mig. Om det händer något liksom. Usch är det mitt fel? Gjorde jag inte tillräckligt?	Känna skuld	Känslor av misslyckande, skuld och sorg	Diabetessköterskors engagemang

Ibland var det svårt att se i vilken kategori en kod skulle passa in. Ibland kunde det framstå som att en kod skulle kunna passa in i två olika kategorier. När det uppstod oklarheter och oenighet om förståelsen av innehållet gick författarna tillbaka till texten föra att se på texten i sitt sammanhang och få fördjupad förståelse för innehållet. Flera gånger fick kodningen göras om efter att ha gått tillbaka till texten och tittat på sammanhanget. Slutligen växte tre huvudkategorier fram med två underkategorier som sammanfattar innehållet av analysenheten, dessa presenteras i Tabell 3.

Tabell 3

Underkategorier	Huvudkategorier
Känner sig nöjd och stolt	Diabetessköterskors engagemang
Känslor av misslyckande, skuld och sorg	
Medvetenhet om det egna lärandet och behov av fortbildning	Förutsättningar för arbetet
Behov av samverkan med kollegor	
Upplever kulturella skillnader	Upplevda utmaningar i arbetet
Brist på tid ses som en begränsning	

Etiska övervägande

Ansökan om etikprövning innan studien startades genomfördes ej då det framgår i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, 2§) att det inte är nödvändigt vid studier som utförs och håller sig inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå. Denna information går även att läsa i riktlinjerna som gäller för exa-

mensarbete på magisternivå (Högskolan i Borås 2015, s.2). Där står det även att vid studier som berör personal ska tillstånd från verksamhetsansvarig chef inhämtas via ett tydligt bifogat brev där det går att utläsa vem som söker tillstånd, vilken utbildning och akademi men även vem som är handledare.

Vidare arbetade författarna utifrån de fyra allmänna huvudkraven: information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjande (Vetenskapsrådet 2015, s. 6) Samtliga diabetesköterskor erhöll skriftligt information gällande studiens syfte samt intervjuens planerade genomförande genom mail och informationsbrev. Skriftligt samtycke från diabetesköterskan skedde via mail när denne tackade ja till att delta i studien. En muntlig information skedde även i samband med intervjun. Informationen som lämnades var att deltagandet var frivilligt och att de när som helst under intervjuens gång kunde signalera att deras medverkan skulle avbrytas. Vid detta tillfälle kompletterades det tidigare skriftliga samtycket med ett muntligt samtycke av diabetesköterskan. Diabetesköterskorna erhöll även information om att allt material kopplat till studien behandlas konfidentiellt och i säkert förvar samt att endast författarna efter godkänd magisteruppsats raderar ljudfilerna som intervjuerna finns.

RESULTAT

Diabetessköterskors engagemang

Känner sig nöjd och stolt

Diabetessköterskor beskriver att patientkontakten är det roligaste med arbetet. Upplevelsen av att lära känna en patient och att få någonting positivt tillbaka i den relationen väcker glädje och ger kraft och energi. Det är givande och utvecklande för diabetessköterskor att arbeta nära patienter, lära känna dem och få ta del av deras levnadssätt och syn på sin hälsa. Det är intressant att ta del av vad patienter äter, vad de jobbar med och vad de gör på sin fritid. Diabetessköterskor ser det som en förmån att bjudas in i patienters liv och få ta del av deras berättelser. De upplever också en uppmuntran och ökat självförtroende i yrkesrollen när patienter litar på dem och efterfrågar deras kunskap.

Diabetessköterskor upplever det positivt att patienter känner förtroende för dem och ringer till dem och ställer frågor. De allra flesta patienter, som diabetessköterskor beskriver det, är motiverade till att förändra sin livssituation. Diabetessköterskor kan känna stolthet och vara nöjda när patienter som de har kontakt med gör en förändring i livsstilen som ger resultat i form av minskad vikt eller lägre blodsockervärden. Att se när patienter uppvisar förbättrade resultat gör diabetessköterskor mer motiverade i sitt arbete och de tar med sig detta i form av ökat självförtroende till andra patientmöten. Det skapar en ökad tro hos diabetessköterskor på hur mycket en livsstilsförändring kan påverka diabetes typ 2. Diabetessköterskor berättar om att de har sett många patienter göra livsstilsförändringar och de har en stark tro till att detta verkligen är möjligt och att det inte behöver vara så dramatiskt som många tror. Diabetessköterskor är övertygade om att små livsstilsförändringar kan göra enorm skillnad för patienters hälsa och de är motiverade till att berätta för patienter om detta.

Både när patienter gör en förändring i livsstilen som ger förbättrade resultat och när patienter inte lyckas med detta, ger ett personligt engagemang för diabetessköterskor.

Även om diabetessköterskor menar att viktnedgången är för patienters skull, så blir de själva känslomässigt engagerade på ett positivt sätt. Det visar sig att diabetessköterskor är mer känslomässigt engagerade i yngre patienter jämfört med andra patienter. Diabetessköterskor berättar om att när yngre patienter går ner i vikt och känner sig nöjda med sin prestation kan diabetessköterskorna verkligen glädja sig med patienten. De känner att de delar glädjen med patienten. En diabetessköterska berättar hur hon nästan gråtit av glädje tillsammans med en lite yngre patient som lyckats gå ner i vikt och mådde bra av det. Diabetessköterskor upplever att det lönar sig att ha en tillbakalutad inställning och lyssna in en del patienter som till en början inte varit intresserade av att ta emot råd eller samtala om diabetesen. Om dessa patienter sedan ändrar inställning och diabetessköterskan upplever att de får en kontakt med varandra, kan diabetessköterskorna känna sig stolta över sig själva och sin arbetsinsats.

”Och då kan man ju ändå känna liksom att, känna sig...då kan jag uppleva att jag är lite nöjd! Med mig själv faktiskt ibland, för att jag inte bara körde på där, för då hade det nog inte blivit så bra!”

Känslor av misslyckande, skuld och sorg

Diabetessköterskor beskriver hur de känner frustration när de får känslan av att de inte når patienter. De känner frustration när de gång på gång kallar patienter till vårdcentralen, informerar och lägger ner energi på patienter som uppger att de följer ordinationer, men där kliniska värden visar på något annat. Detta ger en känsla av självrannsakan hos diabetessköterskor relaterat till deras egna kunskaper om hur allvarliga komplikationer diabetes kan ge och hur detta kan förebyggas.

Diabetessköterskor berättar att de kan känna osäkerhet på vad patienten tagit till sig av informationen de gett. De kan känna misslyckande när patientens värden så som långtidsblodsocker eller vikt försämras. Om en allvarlig komplikation skulle uppstå tar diabetessköterskor på sig ansvar och kan också känna skuld i det som sker. Det personliga engagemanget gör situationen än mer komplicerad för diabetessköterskan. De upplever många gånger en närhet till patienten, att de känner varandra väl. Därför blir känslan av ansvar för patienten starkare hos diabetessköterskan, jämfört med hur hon känner för andra patienter.

En känsla av uppgivenhet drabbar ibland diabetessköterskor när de känner att de har försökt och kämpat för att nå patienter, men de får ingen kontakt och de upplever det som att patienter inte alls är intresserade. De upplever att patienter kan vara helt omotiverade och nonchalanta gentemot dem. Diabetessköterskor är frågande till patienter som har denna inställning till dem och till vården. De lyfter fram att besöken hos dem är frivilliga och ställer sig frågan varför en del patienter kommer på besöken när de inte uppvisar något intresse till förändring. Ibland har diabetessköterskor lust att be patienten höra av sig när de är redo för förändring.

”Där är det ju ändå att jag får se mina begränsningar också! Att jag jobbar ju här. Och jag har många patienter och jag gör allt

vad jag kan för att hjälpa honom! Men... han tar inte emot den hjälpen och...”

Engagemanget för patienter och medkänslan för dem kan också ta sig uttryck i sorg för patientens skull. Att det blev som det blev, trots diabetessköterskans kunskap om att det kunde ha blivit på ett annat sätt. Sorgen kan diabetessköterskor också ta ut i förskott och känna redan innan några svåra komplikationer har drabbat patienten. Detta grundas i diabetessköterskors önskan att få patienter att må bra.

En dimension av hur diabetessköterskor hanterar uppgivenhet eller frustration, handlar om gränssättning. Att vara nöjd med den förändringen som man gjort tillsammans med patienten. Diabetessköterskor får ibland nöja sig med ett resultat som inte är vad de hoppats på från början, men de tvingas omvärdera och får inse att det kommer inte bli bättre för den här patienten. Att acceptera detta är utmanande och ibland svårt för diabetessköterskor som kan ha svårt för att sätta gränser för egen del. De känner ett engagemang för hur patienten mår, vill gärna följa upp mätvärden och ha kontakt med patienter vid behov. En viktig aspekt av det är att de lägger tillbaka en del av ansvaret på patienten och försöker släppa på kontrollen.

Förutsättningar för arbetet

Medvetenhet om det egna lärandet och behov av fortbildning

Diabetessköterskor utvecklas och lär sig nya metoder för arbetet med patienterna. De lär sig med tiden att bli bättre på att lyssna till patienter och att vara lugna i mötet med dem. De ger uttryck för att det är skillnad nu när de har jobbat ett tag och har erfarenhet, jämfört med när de var nya i sin yrkesroll som diabetessköterskor. Erfarenheten av möten med patienter gör det lättare att lyssna och vara öppen för den enskilde patienten. Även erfarna diabetessköterskor lär sig ständigt mer om och av patienter. Det förekommer att de gör en missbedömning av patienters förmåga till att göra en livsstilsförändring och att klara av sin sjukdom självständigt. Då får de omvärdera och se att de hade fel och lära sig av detta. Att varje patient är unik och deras förmåga till handling ska inte underskattas.

Överlag känner diabetessköterskor ett behov av mer utbildning. Att ta del av vidareutbildning och att få tillfälle att åka på träffar för diabetessköterskor är något som upplevs positivt, inspirerande och ger framåtanda i det vardagliga patientarbetet. Det gör att de får mer positiv energi och tar med sig nya idéer hem som de får lust att testa. De ger uttryck för att de önskar ta del av mer aktuell forskning inom området. De känner sig trygga gällande den medicinska behandlingen och efterfrågar framförallt vidareutbildning som berör mötet med patienten och hur man samtalar om livsstilsförändringar. Diabetessköterskor menar att det är hälsosamtalet som är den viktigaste delen av arbetet och där man kan göra störst förändring för patienters hälsa, därför är det viktigt med utbildning inom det området.

Behov av samverkan med kollegor

Att arbeta tillsammans med andra diabetessköterskor och kollegor av andra yrkesprofession är någonting som diabetessköterskors upplever fördjupar deras egen kunskap på ett glädjefyllt sätt. De uppskattar att ha en kollegial gemenskap. Att samarbeta med

andra skapar också en ökad trygghet i den egna rollen genom att diabetessköterskorna har någon att utbyta idéer med, vilket uttrycks som mycket positivt. Flera diabetessköterskor har en kollega, det vill säga en annan diabetessköterska som jobbar på samma vårdcentral. De två kan prata med varandra om patientfall, lära av varandra och lyssna på varandra. Detta tar inte bort utmaningarna i patientmötena, men det underlättar för diabetessköterskor att ha en kollega som lyssnar på dem.

För diabetessköterskor upplevs det grundläggande att ha bra relationer till läkarna på vårdcentralerna. Om kontakten med läkarna inte fungerar har en del av dem valt att byta arbetsplats. Om det saknas diabetesansvarig läkare på vårdcentralen påverkar detta deras arbetssituation på så vis att de känner att större ansvar och en känsla av ensamhet i sitt ansvar.

”Och sen... har vi tyvärr ingen diabetesansvarig läkare. Det är ju det som är...som kan kännas väldigt ensamt! Och ibland att man känner att man har lite ensamansvar på nåt vis då.”

Diabetessköterskor som har varit med om att tidigare arbeta i ett välfungerande arbetslag med diabetessköterska och diabetesläkare saknar teamet som var kärnan varifrån arbetet med diabetespatienterna utgick. Detta samarbete var en positiv upplevelse som gav en upplevelse av trygghet genom en lärandeprocess. Detta skedde genom att de bollade saker och ting med varandra. Diabetessköterskor uppger att de känner frustration när det blir mindre tid i verksamheten för att etablera och upprätthålla denna samverkan mellan professionerna.

Upplevda utmaningar i arbetet

Upplever kulturella skillnader

En utmaning för diabetessköterskor är mötet med människor från kulturer som är främmande för dem. Denna utmaning har flera dimensioner. Dels handlar det om att bilda sig en uppfattning om hur patienten verkligen lever, vilket är svårt för diabetessköterskor när de inte helt känner till kulturella synsätt på hälsa och också att förstå vad patienten egentligen äter. Dels handlar det om att de upplever att det inte alltid fungerar optimalt med tolk. Svårigheter med språket kan också göra det komplicerat att kommunicera ett budskap på ett sätt så att det blir tillgängligt och anpassat individuellt för patienten.

Samtidigt som det är utmanande för diabetessköterskor är det givande och glädjefyllt att arbeta med människor från andra kulturer. Diabetessköterskor beskriver att de möter patienter med andra synsätt på hälsa, kroppen och status än de själva vill förmedla. De möter patienter som ser det som fint att vara överviktiga, och då är det utmanande för dem att tala om viktminskning för att förebygga komplikationer till diabetes.

Att använda tolk är svårt och det tar tid för diabetessköterskor att lära sig och att vänja sig vid att använda tolk. Diabetessköterskor upplever att tolkanvändande gör det svårare att nå patienten. Diabetessköterskor upplever ibland en osäkerhet kring om tolken översätter exakt det som de säger till patienten. De har varit med om att tolken lägger sig i och menar att det ibland kan vara lättare att jobba utan tolk när patienten har lärt sig

svenska, men detta anpassa individuellt. Oavsett om de använder tolk eller inte, använder de sig mycket av kroppsspråk och av bilder i kommunikationen. Men i mötet med patienter från andra kulturer upplever diabetessköterskor en frustration, att hon inte når fram med det hon vill få fram. Även om diabetessköterskor förstår vad patienten säger, genom tolk eller utan tolk, så är det ibland svårt att förstå själva innebörden av det.

”De har ju också helt andra matvanor. Det tar tid att förstå vad de menar, vad är det som är vad? Alltså vad är det? Även om de säger att de äter så, vad är det de äter egentligen?”

Brist på tid ses som en begränsning

Flera diabetessköterskor berättar om hur tiden begränsar dem. På några vårdcentraler har man mindre än en timma avsatt för årlig kontroll till diabetessköterska, vilket upplevs frustrerande. Diabetessköterskor menar att det behövs en timma för besöket, eftersom det är så många delar av patienters liv som berör diabetesen och det är viktigt att det får ta tid att möta patienten. De beskriver även att de har många olika engagemang på vårdcentralen, och önskar att de kunde jobba mer och ge mer tid åt diabetesdelen. Arbetet runt omkring gör att diabetessköterskor känner sig trötta och ibland uppgivna. Detta påverkar patientarbetet och ibland orkar de inte engagera sig på samma sätt som andra gånger.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att använda sig av en kvalitativ induktiv innehållsanalys som ansats kändes som ett naturligt val med tanke på studiens syfte. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 187-188) fokuserar denna analysform på tolkning av texter och används främst vid forskning inom till exempel vårdvetenskap. Det är en metod som går att applicera på många olika typer av texter samt att tolkning kan ske på olika kunskapsnivåer. Detta gör att det är en väldigt användbar analysmetod vid bland annat tolkning av texter med ursprung från inspelade intervjuer. Vidare nämns även att en induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av text som baseras på människors berättelser om sina upplevelser och även detta stärker författarnas val av ansats.

Enligt riktlinjerna för examensarbete på magisternivå bör datamängd till urvalet baseras på 6-8 öppna eller semistrukturerade intervjuer (Högskolan i Borås 2015, s.6) för att uppnå kravet för godkänd uppsats. Detta visade sig vara svårare att uppfylla än vad vi hade väntat oss. Förfrågan till sammanlagt 54 vårdcentraler skickades ut och av dessa erhöles endast 18 svar varav 10 godkännande från ansvarig verksamhets- och/eller avdelningschef. När vi sedan kontaktade diabetessköterskorna var det endast fem stycken som uppfyllde de inklusionskriterier som bestämts innan studien startade. Därför var vi tvungna att komplettera dessa till att även gälla legitimerade sjuksköterskor med diabetesutbildning för att kunna uppfylla riktlinjerna.

Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 198) belyser att en kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva olika variationer och därför bör urvalet bestå av både män och kvinnor från flera olika åldersgrupper. I denna studien bestod urvalet endast av kvinnor

men deras sammanlagda arbetslivserfarenhet upplevdes av oss som tillräckligt stor för att kunna få en bra variation av resultatet ändå. Vid intervjutillfället missades det dessvärre att efterfråga ålder på diabetessköterskorna då detta ej kändes som relevant för studiens syfte så det åldersintervall som är nämnt är ett uppskattat värde. Att inkludera manliga diabetessköterskor för att som Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 198) nämner öka möjligheterna att få studiens syfte belyst från olika erfarenheter och synvinklar hade naturligtvis varit önskvärt. Då det enligt vår personliga erfarenhet ej finns så många manliga distriktssköterskor anställda i primärvården, än mindre med rollen som diabetessköterska var även detta svårt att uppfylla. Dock är det inte säkert att det hade påverkat resultatet i någon större utsträckning med tanke på att variation i ålder, arbetslivserfarenhet samt geografisk spridning fanns som underlag för resultatet.

Intervjuerna inleddes med samma öppna fråga, däremot varierade följdfrågorna beroende på vad som framkom under intervjuens gång. Kvale och Brinkmann (2014 s. 180) nämner att det är en konst att följa upp de trådar som informanten lämnar efter sig. Då vi var oerfarna av att genomföra kvalitativa intervjuer finns naturligtvis risken att diabetessköterskorna omedvetet blivit styrda i någon särskild riktning samt att vi kan ha missförstått diabetessköterskan i intervjusituationen. De två diabetessköterskorna som blev avbrutna av en kollega under intervjun kan eventuellt ha blivit stressade eller störda i sitt berättande. För att undvika en sådan situation skulle vi kunnat varit mer tydliga med vikten av att intervjun skulle genomföras avskilt. Vi hade även kunnat erbjuda att genomföra intervjun på annan plats men detta hade krävt att diabetessköterskan skulle behöva avsätta mer tid. Detta hade troligtvis medfört att färre diabetessköterskor hade accepterat deltagande i studien på grund av tidsbrist.

Den egna förförståelsen har vi varit medvetna om och att den skulle kunna påverka studien. Vi reflekterade enskilt över våra förkunskaper och diskuterade igenom detta innan studien påbörjades för att minska risken att den skulle påverka resultatets validitet. Detta ledde till att vi gjorde valet att författa färdigt bakgrunden efter det att intervjuerna hade utförts. På så sätt gick vi in i intervjusituationen med öppna ögon och verkligen lät diabetessköterskornas personliga upplevelser och erfarenheter komma fram utan att vi medvetet eller omedvetet styrde diabetessköterskan i någon särskild riktning. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 196) påverkas trovärdigheten av hur mycket förförståelsen påverkar författaren i analysprocessen. Genom att då medvetet avvakta med bakgrundsresearch upplever vi det som positivt för att minimera risken för detta och på så sätt öka reliabiliteten av slutresultatet.

Allt resultat som framkommit genom denna studie är diabetessköterskornas egna berättelser och tankar kring sina erfarenheter. Risken med denna typ av studier är att man får en idealbild beskriven för sig i intervjusituationen istället för hur den verkliga upplevelsen är, att diabetessköterskan svarar på frågan så som hon önskar att hon upplevde det istället för så som hon verkligen upplever det. Detta väckte frågan om studiens resultat hade sett annorlunda ut om den genomförts med en annan metod? Om deltagarna hade fått fylla i en anonym enkät istället för att bli intervjuade personligen, hade då de vågat vara mer ärliga i sina svar och inte känt att de förväntas ge ett visst svar? Dessa frågeställningar är svåra att ge svar på så här i efterhand men vi menar dock att de medverkande diabetessköterskorna gav ett äkta intryck i intervjusituationerna. Inte minst kan detta bekräftas genom att de allra flesta av dem tagit upp olika ämnen och visat på flera nyanser av sina berättelser. Exempel på detta är att de berättat om ett brett spektra av

känslor som de upplevt så som ensamhet, sorg, skuld, glädje och stolthet. Inför varje intervjusituation har det även förtydligats att det är diabetessköterskans upplevelser och erfarenheter som är av intresse för studien. Det är svårt att svara på om studiens resultat är generaliserbart då det baseras på individuella upplevelser och erfarenheter. Det som vi upplever är generellt är den yrkesstolthet som diabetessköterskorna besitter och som majoriteten av vårdpersonal över lag besitter. Det engagemang och viljan att bara det bästa är gott nog för patienten är nog känslor som många kan känna igen sig i.

Resultatdiskussion

Tidigare forskning kring diabetessköterskors hälsofrämjande arbete har framförallt fokuserat på vad de gör och hur de gör det. Det vår studie tillför är diabetessköterskors egna beskrivningar av hur de upplever arbetet. Denna studie visar att diabetessköterskor har ett starkt engagemang i arbetet och att ett fördjupat lärande samt samverkan med andra vårdare ses som förutsättningar för arbetet.

En framträdande del av resultatet handlar om diabetessköterskors engagemang i patienters hälsa. Vi vill lyfta fram att det inte bara är att få en nära relation till en patient som visar uppskattning, som ger något positivt tillbaka till diabetessköterskor. Även små förändringar eller att diabetessköterskor lyckats skapa ett gott möte med patienten ger diabetessköterskor motivation och glädje. Det verkar som att det framförallt är små framsteg för de patienter som de upplever är svåra att motivera, som ger positiv energi och självförtroende till diabetessköterskorna. Det handlar om att de har ett problemlösande arbetssätt, att hitta utmaningar och ta sig an dem.

Studien visar att diabetessköterskor upplever skuld, uppgivenhet och sorg när patienter inte förbättrar sina kliniska värden. Dessa känslor är relaterade till det ansvar diabetessköterskor upplever för patienters hälsa. De känslor som beskrivs är starka och hur påverkar de diabetessköterskor i sin yrkesroll, hur påverkas vården hon eller han bedriver och i förlängningen hur påverkas patienter av detta? Det är av stor betydelse att ta reda på mer om hur diabetessköterskor upplever sitt arbete för att de själva ska kunna vara med och forma den framtida yrkesrollen för diabetessköterskor samt att det är viktigt ur ett hållbarhetsperspektiv för att förbättra vården för patienter med diabetes typ 2.

Något som sticker ut i resultatet var det att diabetessköterskor upplever ensamhet. Ensamhet beskrivs här som en negativ upplevelse och vi tolkar det som att diabetessköterskorna i ensamheten upplever en utsatthet. Motsatsen till ensamhet är gemenskap. Samvaro med andra människor är viktigt för en människas identitet och existens (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 90-91). Att vara ensam med ett stort ansvar kan göra att en människa känner att ansvaret blir en börda istället för en utmaning i en positiv bemärkelse.

Diabetessköterskor betraktar patienter som självständiga individer med ansvar för sin egen hälsa. Samtidigt har de svårt att släppa kontrollen över vissa patienter och om en patient uppvisar sämre resultat kan de känna misslyckande och vara ifrågasättande till sin egen insats. Detta visar på en motsättning menar vi. Pill, Rees, Stott och Rollnick (1999 s. 1497) menar att diabetessköterskor, har svårt att sätta gränser och lämna över

ansvaret till patienter att ta hand om sin egen hälsa. Diabetessköterskor känner ett stort ansvar för patienters hälsa, även om de medvetet jobbar med att patienter ska ta ett större eget ansvar. Detta gäller särskilt när patienten inte uppnår eller inte lyckas upprätthålla förbättrade resultat (Pill et al 1999, s. 1497). Som vi ser det är detta en konflikt som diabetessköterskor och även andra vårdare får bära i sitt vardagliga arbete och själva lära sig att hitta en balans i.

Hörnsten, Lundman, Almberg och Sandström (2008, s. 67) lyfter fram konflikten inom diabetessköterskor som en konflikt mellan att följa medicinska riktlinjer för diabetesvård och att ha ett mera vårdande förhållningssätt. Det vårdande förhållningssättet som Hörnsten et al (2008, s. 67) beskriver det, handlar om en större öppenhet gentemot patienters hela livssituation och självbestämmande över sin egen hälsa. Vi menar att vårt resultat menar på det motsatta, att diabetessköterskor tvärtom har en helhetssyn på patienten. De talar om den medicinska biten och det hälsofrämjande samtalet som två skilda delar av arbetet, men de visar inte på något sätt att det skulle finnas motsättningar mellan de båda delarna.

En annan framträdande del av resultatet är utmaningarna som diabetessköterskor upplever i mötet med människor från kulturer som är främmande eller obekanta för dem själva. Det var oförutsett att detta område skulle vara en så framträdande del av resultatet. Det framkommer här att diabetessköterskor upplever svårigheter med att förstå människor från andra kulturer som till exempel har främmande kostvanor och kommunikationen upplevs komplex trots tolkanvändning. Resultatet tolkas som att diabetessköterskor har ett stort intresse för att lära sig mer om andra kulturer för att kunna förbättra vården för denna patientgrupp.

Tidigare studier där man gjort observationer på möten mellan diabetessköterskor och till Sverige invandrade patienter med diabetes typ 2, visar att patienterna blir otillräckligt informerade (Björk Brämberg, Dahlborg-Lyckhage & Määttä 2012, s. 247). Studien visar också att diabetessköterskor endast till mycket liten del av mötet fokuserar på patienters frågor, utan snarare pratar på rutinemässigt om medicinsk information (Björk Brämberg, Dahlborg-Lyckhage & Määttä 2012, s. 247). Björk Brämberg, Dahlborg-Lyckhage och Määttä (2012 s. 248) menar att diabetessköterskor behöver jobba mer patientcentrerat utifrån patienters livsvärld. Det vårt resultat tillför är att vi sett att det finns ett starkt intresse hos diabetessköterskor att lära sig mer om andra kulturer, att de har en nyfikenhet och en öppenhet kring andra kulturers syn på exempelvis hälsa.

Studien visar att diabetessköterskor ibland upplever svårigheter med att arbeta med tolk. Eklöf, Hupli och Leino-Kilpi (2015 s.149) menar att det faktum att sjuksköterskor saknar utbildning i tolkanvändning kan skapa en osäkerhet och ovillighet till att använda tolk på ett effektivt sätt. De menar vidare att sjuksköterskor i primärvården skulle behöva utbildning i tolkanvändning (Eklöf, Hupli & Leino-Kilpi 2015, s.149). Vi menar att tolkanvändandet i vården bör styras i första hand utifrån patienters behov och inte utifrån diabetessköterskors preferenser eller vårdenhetens ekonomi. Hur sjuksköterskor upplever tolkanvändandet får konsekvenser för vården eftersom det kommer att påverka huruvida sjuksköterskan beställer tolk eller inte (Eklöf, Hupli & Leino-Kilpi 2015, s.149). Detta får konsekvenser för patientens hälsa menar vi, eftersom tolkanvändande påverkar hur väl diabetessköterskor och patienter förstår varandra. Eklöf, Hupli och Le-

ino-Kilpi (2015 s.149) menar vidare att tolkanvändning i stort är ett etiskt dilemma eftersom i dagsläget patienter inte alltid får vara med och påverka om de får tolk eller inte, och inte heller vilken tolk det blir. Tidigare forskning visar dock att invandrade patienter som har svårt med språket inte drabbas av fler komplikationer till diabetes jämfört med invandrare som inte har problem med språket (Okraïnec, Booth, Hollands & Bell 2015, s. 195). Det har visat sig att det snarare är helt andra faktorer som spelar in när det gäller diabeteskomplikationer för invandrare . En faktor som minskar risken för diabeteskomplikationer är om man invandrat för att återförenas med familj och släktingar (Okraïnec et al 2015, s. 195). Detta får alltså tolkas som en faktor om är mer hälsofrämjande för den enskilde patienten, jämfört med att kunna språket i det nya landet.

SLUTSATS

Diabetessköterskor har ett djupt engagemang i patienters hälsa och livssituation. De lägger mycket energi på att lära känna patienter. De beskriver att de lyssnar in patienter och arbetar hälsofrämjande på ett individuellt anpassat sätt. När patienter inte lyckas genomföra livsstilsförändringar upplever diabetessköterskor starka känslor som misslyckande, uppgivenhet, skuld och sorg. När patienter lyckas genomföra livsstilsförändringar känner diabetessköterskor att delar glädje med patienter. De känner sig nöjda och stolta över sina insatser. Diabetessköterskor lever med en slags ständig konflikt inom sig när det gäller det hälsofrämjande arbetet. Djupast sett handlar den om att hitta en balans mellan att bära ansvaret för patienters hälsa och att våga släppa taget och lämna över ansvar till patienter.

Diabetessköterskorna i studien berättar om stora utmaningar i mötet med patienter från andra kulturer. Tidigare forskning har visat att patienter med diabetes typ 2 som invandrat till Sverige blir otillräckligt informerade. För att kunna erbjuda jämlik vård till alla patienter med diabetes typ 2, menar vi att det finns ett behov av att forska vidare kring dessa utmaningar som diabetessköterskor beskriver. Genom fördjupad kunskap om diabetessköterskors upplevda hinder i sitt arbete kan utveckling av yrkesrollen och kompetenshöjning ske. På så sätt främjas en hållbar samhällsutveckling där en mer individuellt anpassad vård bedrivs och patienter i förlängningen kan få bättre hälsa i sitt vardagliga liv med diabetes typ 2.

Kliniska implikationer

- Diabetessköterskor behöver kollegial gemenskap i form av välfungerande teamarbete med andra diabetessköterskor och diabetesläkare på vårdcentralen för att slippa uppleva ensamhet i arbetet. Situationen skulle kunna förbättras genom att varje vårdcentral kan ha fler antal diabetessköterskor på deltid kombinerat med andra arbetsuppgifter, hellre än att en diabetessköterska ska vara ensam.
- Det behöver finnas utrymme i tjänsten att prioritera regionala träffar samt vidareutbildningar för diabetessköterskor.
- Samhället idag är mångkulturellt och därför behövs en fördjupad kunskap inom mångkulturell vård för diabetessköterskor. Detta ämne bör lyftas mer i tvärprofess-

ionella träffar mellan diabetessköterskor och läkare, samt få större utrymme på utbildningar för diabetessköterskor.

- Förslag på vidare studier är att djupare intervjua diabetessköterskor angående hur de upplever att de kan erbjuda jämlik vård till alla patienter. Man kan även djupintervjua patienter som lever med diabetes typ 2 om hur de upplever vården, både utlandsfödda som använder tolk samt svenskfödda med svenska som modersmål. Vidare skulle man behöva mäta kunskapsnivå hos svenskfödda och utlandsfödda patienter med diabetes typ 2 för att kunna utvärdera hur välinformerade respektive grupp är. Är det så att fler studier tyder på liknande resultat får man ställa sig frågan: Hur skulle man kunna utveckla diabetesvården i Sverige för att skapa större jämnlighet?

REFERENSER

- Al Sayah, F., Williams, B., Pederson, J.L., Majumdar, S.R. & Johnson, J.A. (2014). Health Literacy and Nurses' Communication With Type 2 Diabetes Patients in Primary Care Settings. *Nursing Research*, 63 (6), ss. 408-417.
- Baptiste-Roberts, K., Gary, T.L., Bone, L.R. Hill, M.N. & Brancati, F.L. (2006). Perceived body image among African Americans with type 2 diabetes. *Patient Education & Counseling*, 60 (2), ss. 194-200.
- Björk Brämberg, E., Dahlborg-Lyckhage, E. & Määttä, S. (2012). Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden. *Nursing and Health Sciences*, ss. 244-249.
- Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Egan Sjölander, A. & Hörnsten, Å. (2012). Diabetes specialist nurses' perceptions of their multifaceted role. *European Diabetes Nursing*, 9(2), ss. 39-44.
- Dahlberg, K. & Segesten K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Efrainsson, E. Ö., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K. & Klang, B. (2012). Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), ss. 767-782.
- Eklöf, N., Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), ss. 143-150.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Folkhälsans utveckling - elva målområden*. Solna: Folkhälsomyndigheten
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/> [2015-12-10]
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss.187-201.
- Huber, C., Huber, J. & Shaha, M. (2011). Diabetes care of dependent older adults: an exploratory study of nurses' perspectives. *European Diabetes Nursing*, 8(3), ss. 88-92.

Högskolan i Borås (2015). *Riktlinjer för examensarbete på magisternivå* [lärobjekt]. http://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H15_Riktlinjer%20-%20Magister_exarbete.pdf [2015-12-10]

Hörnsten, Å., Lundman, B., Almberg, A. & Sandström, H. (2008). Nurses' experiences of conflicting encounters in diabetes care. *European Diabetes Nursing*, 5(2), ss. 64-69.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L. (2012). Kroppen. I *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Red. Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. Studentlitteratur, ss. 129-140.

Noordman, J., de Vet, E., van der Weijden, T., & van Dulmen, S. (2013). Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle. *Social Science & Medicine*, 87(6), ss. 60-67.

Okrainec, K., Booth, G.L., Hollands, S. & Bell, C.M. (2015). Impact of language barriers on complications and mortality among immigrants with diabetes: a population-based cohort study. *Diabetes care*, 38(2), ss. 189-196.

Pill, R., Rees, M.E., Stott, N.C.H. & Rollnick, S.R. (1999). Can nurses learn to let go? Issues arising from an intervention designed to improve patients' involvement in their own care. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), ss. 1492-1499.

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjöström, B., & Plos, K.A.E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), ss. 490-497.

Scambler, S., Newton, P., Sinclair, A.J. & Asimakopoulo, K. (2012). Barriers and opportunities of empowerment as applied in diabetes settings: a focus on health care professionals' experiences. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 97(1), ss. 18-22.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf> [2015-12-10]

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för diabetesvård*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19689/2015-2-3.pdf> [2015-12-10]

Sunderland, N., Harris, P., Jonstone, K., Del Fabbro, L. & Kendall, E. (2015). Exploring health promotion practitioners' experiences of moral distress In Canada and Australia. *Global Health Promotion*, 22(1), ss. 32-45.

Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård & Svensk sjuksköterskeförening [2015-12-05] http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_sjukskorterka.diabetes.vard.pdf [2015-12-10]

Vetenskapsrådet (2015). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* [läroobjekt].

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2015-12-10]

World health organization. (2015a). Diabetes Programme.

http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/en/index3.html [2015-12-10]

World health organization (2015b). Health.

<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> [2015-12-10]

BILAGOR

Bilaga I: Brev till verksamhetschef



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Till dig som verksamhetschef för godkännande av datainsamling

Vi heter Malin Bengtsson och Eleonore Svensäter och studerar på Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på Magisternivå.

Syftet med examensarbetet är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete. Vi avser att undersöka vilka erfarenheter diabetessköterskor har av att arbeta med livsstilsförändringar.

I vår magisteruppsats har vi valt att undersöka vilka upplevelser diabetessköterskor inom svensk primärvård i Region Kronoberg och Västra Götalandsregionen har av att arbeta med patienter som lever med diabetes typ 2.

Datainsamling kommer att ske genom bandade intervjuer med distriktssköterskor inom primärvård. Intervjuerna kommer att ske sensommaren-hösten 2015, under v. 35 –37 och kan gärna ske på arbetsplatsen eller enligt överenskommelse. Att medverka i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare

Kontaktperson Kronoberg
Malin Bengtsson
Trädgårdsgatan 8
360 30 LAMMHULT
malinbengtsson@mac.com
076-111 42 92

Kontaktperson Västra Götaland
Eleonore Svensäter
Krokusvägen 22
516 30 DALSJÖFORS
eleonore.svensater@gmail.com
0722-350 850

Handledare

Niklas Andersson, Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
033-435 4352
E-mail: niklas.andersson@hb.se

Bilaga II: Godkännande från verksamhetschef

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att **Malin Bengtsson** och **Eleonore Svensäter** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namn

Verksamhet

Ort & datum

Bilaga III: Brev till avdelningschef



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Till dig som avdelningschef för godkännande av datainsamling

Vi heter Malin Bengtsson och Eleonore Svensäter och studerar på Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på Magisternivå

Syftet med examensarbetet är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete. I vår magisteruppsats har vi valt att undersöka vilka upplevelser diabetessköterskor inom svensk primärvård i Region Kronoberg och Västra Götalandsregionen har av att arbeta med patienter som lever med diabetes typ 2. Förhoppningen är att hitta åtta diabetessköterskor totalt sett.

Datainsamling kommer att ske genom bandade intervjuer och vi vänder oss till distriktssköterskor med påbyggnadsutbildning inom diabetes och minst 3 års arbetslivserfarenhet som detta. Intervjuerna kommer att ske under v. 35 –37 2015, kan ske på arbetsplatsen eller enligt överenskommelse. Tidsåtgången beräknas till mellan 40 och 60 minuter. Att medverka i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

För att underlätta för oss att komma igång med våra intervjuer uppskattar vi svar om deltagande senast v. 27. Bifogat formulär om godkännande skickas till Malin eller Eleonore så snart som möjligt.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare

Kontaktperson Kronoberg
Malin Bengtsson
Trädgårdsgatan 8
360 30 LAMMHULT
malinbengtsson@mac.com

076-111 42 92

Handledare

Niklas Andersson, Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
033-435 4352
E-mail: niklas.andersson@hb.se

Kontaktperson Västra Götaland
Eleonore Svensäter
Krokusvägen 22
516 30 DALSJÖFORS
eleonore.svensater@gmail.com

0722-350 850

Bilaga III: Godkännande från avdelningschef

Godkännande

Undertecknad avdelningschef godkänner härmed att **Malin Bengtsson** och **Eleonore Svensäter** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namn

Verksamhet

Ort & datum