



Upplevelser av information givna av distriktssköterska till personer med dubbeldiagnos diabetes mellitus typ 2 och KOL

Datum: 2006-12-11

Författare: Anita Joelsson, Monica Lennartsson

Handledare: Lena Wierup

Examinator: Agneta Berg

Upplevelser av information givna av distriktssköterska till personer med dubbeldiagnos diabetes mellitus typ 2 och KOL

Författare: Anita Joelsson; Monica Lennartsson

Handledare: Lena Wierup

Empirisk studie

Datum 2006-12-11

Sammanfattning

Diabetes mellitus typ 2 och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är två av de vanligaste sjukdomarna i världen och de ökar i antal. Behandlingen av dessa båda sjukdomar bygger till stor del på livsstilsförändringar och egenvård. Detta förutsätter att personen har en god kunskap om sin sjukdom och motivation att göra förändringar i sin livsstil.

Distriktssköterskan på vårdcentralen ger information till dessa personer. Att få en bättre kunskap om hur dessa personer upplevt och kunnat använda informationen de ha fått, är av stor betydelse.

Syftet med denna intervjustudie är att beskriva hur personer med diabetes mellitus typ 2 samt KOL upplevt informationen de fått på distriktssköterskeledda mottagningar på vårdcentral. Elva personer intervjuades och intervjuerna har analyserats utifrån ett kvalitativt synsätt. I resultatet framkom olika kategorier: förtroende, delaktighet att känna ökad tilltro till sin egen insats, brist på individualisering och kontinuitet, otillräcklighet och utebliven information. Resultatet visar att distriktssköterskan bör utveckla sin förmåga att aktivt lyssna på personen för att bättre motivera och stärka dennes egenvårdsförmåga.

Nyckelord: Förtroende, tilltro, egenvård

Experience of information given by district nurses to persons with double diagnose diabetes mellitus type 2 and COPD

Author: Anita Joelsson; Monica Lennartsson

Supervisor: Lena Wierup

Empirical study

Date 2006-12-11

Abstract

Diabetes mellitus type 2 and chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) are two of the most common diseases in the world and the amount are increasing. The treatments of these diseases are self care and a change of lifestyle. For this to be successful there is a need for the person to have knowledge about the diseases and a motivation for making changes in his or her lifestyle. Most of this information is given by the district nurse at the health centre. It is important to get a better knowledge of these persons experiences and how they used the information given to them. The purpose of this study was to describe how persons, with both diabetes mellitus type 2 and COPD, think about the information given by the nurse at the health centre. Eleven persons were interviewed and the transcripts were analysed using content analysis. The results where separated into different categories: trust, involvation, increase in their belief in their own efforts, lack of individualising and continuity, insufficient and left out information. The result indicated that the district nurses need to develop their ability to a more active listening to the persons. This could lead to better motivation and strength in their ability to self care.

Keywords: Confidence, trust, self care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>BAKGRUND</u>	5
<u>SYFTE</u>	7
<u>METOD</u>	7
<u>Urval</u>	7
<u>Datainsamlingsmetod</u>	8
<u>Dataanalys</u>	9
<u>Etiska aspekter</u>	10
<u>RESULTAT</u>	11
<u>DISKUSSION</u>	14
<u>Metoddiskussion</u>	14
<u>Resultatdiskussion</u>	16
<u>Slutsats</u>	18
<u>REFERENSER</u>	20
<u>Bilaga 1 Patientinformation</u>	23
<u>Bilaga 2 Godkännande av verksamhetschef</u>	24
<u>Bilaga 3 Information till distriktsköterska</u>	25
<u>Bilaga 4 Intervjumanual</u>	26
<u>Bilaga 5 Skriftligt godkännande</u>	27

INLEDNING

Personer med olika diagnoser söker till vårdcentralen för ex behandling, information och stöd.

På distriktssköterskeledda specialmottagningar får personer med vissa specifika diagnoser information och råd utifrån lokalt utformade vårdprogram. Exempel på mottagningar är mottagningar för diabetes, astma/kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hypertoni, inkontinens eller demens. De två mest utvecklade specialmottagningarna på vårdcentralen, är mottagning för diabetes mellitus typ 2 samt astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Vanligtvis förekommer det inget etablerat samarbete mellan mottagningarna, vilket kan leda till att patienten får olika information på respektive mottagningar och av olika distriktssköterskor med specialkompetens. Information och råd om kost och motion, är en stor del av den gemensamma informationen, som ges på både astma/KOL mottagning och diabetesmottagning. Personen måste då anpassa råden från specialmottagningar till sig själv och sin egen vardag. Detta kan upplevas motsägelsefullt för personen att informationen är riktad till den speciella sjukdomen och inte fokuserar på personen. Problemet är att sjukvården riktar råd och stöd till personer utifrån vilken sjukdom de har. Om personen har flera sjukdomar kan det uppstå problem i att samordna och anpassa dessa olika råd till sitt eget liv och vardag. Att få ökad kunskap om personernas upplevelser av informationen, kan ge en ökad förståelse för deras specifika behov och därigenom förbättra omvårdnaden.

BAKGRUND

Specialmottagningar ledda av distriktssköterska är idag en etablerad verksamhet inom svensk sjukvård och en målsättning med verksamheten vid dessa mottagningar är att utveckla vårdens kvalitet. Patienterna kan på så sätt få ökad tillgänglighet till vården, informationen kan anpassas och förmedlas på rätt vårdnivå (1).

Enligt WHO är diabetes och KOL två av de mest prioriterade icke smittsamma sjukdomar i världen. Båda sjukdomarna uppvisar likheter i mönster av riskfaktorer. De åtgärder som föreslås för att påverkar dessa sjukdomar är propagerande för motion, förändring av kost och att motivera till rökstopp (2).

Diabetessjukdomen är särskilt vanlig hos äldre människor, men ökar i alla åldrar. I hela världen beräknas att antalet personer med diabetes kommer att fördubblas under en tioårsperiod. I Sverige har tre-fyra procent av befolkningen diabetes, vilket motsvarar ca 300 000 personer (3). Diabetes mellitus typ 2 kan variera från hög insulinproduktion med insulinresistens, till tillstånd när insulinbristen dominerar (4). Kosten är basen i behandlingen av sjukdomen (5,6). Informationen om kost till diabetiker har förändrats genom åren, numera fokuseras mera än förut på kosten fetthinnehåll och måltiden kan innehålla en viss mängd socker (5). Någon särskild dietkost för diabetiker rekommenderas inte längre.

Kostinformationen vid diabetes typ2 bör vara individanpassad. Tyngdpunkten ligger på beteendeförändringar och motivation att förändra kostvanorna (4). Vid information om kosten tas hänsyn till individens ålder, livsstil, matvanor, kulturella faktorer samt att förstå vilka faktorer som kan underlätta respektive försvåra beteendeförändringar (6,7). Motion är en väsentlig del av diabetesbehandlingen. För att få en hälsoeffekt av motion krävs minst 30 minuters daglig, måttlig aktivitet ex en rask promenad. Det har visat sig att motion är hälsosam i alla åldersgrupper, även över 80 årsåldern (8).

KOL anses vara en underdiagnostiserad sjukdom, trots detta räknas sjukdomen som en av de tio vanligaste orsakerna till död i världen (9). KOL är en kroniskt, långsamt progressiv lungsjukdom som inte bara ger nedsatt lungfunktion, den bidrar även till andra medicinska konsekvenser. Personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom har både nedsatt kardiovaskulär kapacitet och perifer muskelstyrka samt försämrade muskeluthållighet. Upplevelsen av dyspnè, är ett stort problem då det ökade andningsarbetet, som är onormalt i förhållandet till ansträngningsnivån, upplevs både fysiologiskt och psykologiskt. Vid KOL ökar den fysiska kapaciteten och livskvaliteten av motion, men lungfunktionen påverkas inte. Fysisk aktivitet på en måttlig nivå som utförs vid upprepade tillfällen under dagen, istället för vid ett tillfälle är mer fördelaktigt för just de som utvecklat sjukdomen KOL (2).

Vissa personer som lever med KOL får problem med undernäring och viktminskning som leder till en sämre prognos för sjukdomen och livskvalitén (10,11) Normalt används tre procent av den totala energiförbrukningen till andningsarbete, men vid KOL uppgår den till 20 % (2). Detta gör kostinformation viktig i början av sjukdomsförloppet, för att bibehålla musklernas uthållighet och styrka (12). Förbättring av näringsintaget, och ibland även tillförsel av näringspreparat, en förutsättning för att övriga behandlingen ska ge positiva

resultat (13). Motverka undernäring genom information om kosten, liksom ökad fysisk aktivitet ökar livskvaliteten för de individer som lever med KOL (14).

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) beskrivs syftet med vård är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Omvårdnadsarbetet bör utformas i samverkan med patienten och eventuellt de anhöriga. Rådgivningen och vägledningen är då viktiga åtgärder för patienten och anhörigas egna insatser (15).

Människan i allmänhet har en egen förmåga och motivation att tillvarata och främja sin egen hälsa och förebygga sjukdom eller motverka sjukdom dvs. egenvård, detta beskriver Orem i sin egenvårdsteori. Om egenvårdskraven överstiger personens förmåga blir det omvårdnadens ansvar att kompensera denna brist. Distriktsköterskan har här en uppgift, att hjälpa personen och/eller anhöriga att så långt som det är möjligt återvinna sin egenvårdskapacitet (16).

Egenvård är för Orem det individuella målet, där utgångspunkten för omvårdnaden består i datainsamling med avseende på patientens fysiska, psykiska och sociala behov (17).

Informationen om motion och kost, till personer med de båda sjukdomarna diabetes mellitus typ 2 och KOL har beskrivits, men specifikt för var sjukdom för sig (4.14). Förändringar i kost och motionsvanor kan krävas vid dessa sjukdomar. Att få en ökad kunskap om upplevelsen av den informationen skulle kunna förbättra omvårdnaden (2).

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur personer som har både diabetes mellitus typ 2 och KOL upplever information som de fått på distriktsköterskeledd specialmottagning på vårdcentral.

METOD

Urval

Urvalet begränsades till personer med dubbeldiagnos diabetes mellitus typ 2 och KOL som hade besökt specialmottagningarna på tre utvalda vårdcentraler i nordöstra Skåne under 2004. Om personen uppfyllde uppställda kriterier, i samband med sitt ordinarie besök till specialmottagningen, tillfrågades personen om de önskar delta i studien. Om personen

önskade delta i studien, fick de skriftlig information om studiens syfte och genomförande. Samtidigt informerades de om att författarna kommer att ta kontakt per telefon, samt information hur personen kunde få kontakt med författarna om de önskade (bilaga 1). Ingen ytterligare information har förmedlats av distriktssköterska (DSK) på mottagningen.

Totalt genomfördes intervjuer med elva personer, varav fyra var män och sju var kvinnor, i ålder 57-80 år. Personerna representerade de tre vårdcentralerna med tre personer från två vårdcentraler och fem personer från en. Av de intervjuade i studien var en person delvis yrkesverksam, två var sjukpensionärer och övriga var ålderspensionärer. Alla hade ett eget boende i hus eller lägenhet. Två uppgav att de hade hemtjänst, i övrigt klarade de sin vardag själva med hjälp av släktingar och /eller grannar.

En person önskade inte delta då författarna tog kontakt. En person uteblev från bokad tid vid två tillfällen trots att ha anmält sitt intresse.

Datainsamlingsmetod

Författarna tog kontakt med verksamhetschefen på respektive vårdcentral för ett godkännande av studien (bilaga 2). Därefter kontaktade författarna DSK på respektive specialmottagningarna för att ge dem information om studiens syfte, kriterier och överlämnade patientinformation. DSK fick muntlig och skriftlig information om den information som skulle delges till personen vid besöket (bilaga 3). Telefonnummer till de personer som önskar delta i studien, förvarades hos respektive distriktssköterska i förslutet kuvert och förmedlades till författarna vid personligt besök. Därefter tog författarna kontakt med personerna för att bestämma tid och plats för intervjun. Kontakten har tagits efterhand som telefonnummer har förmedlats från respektive distriktssköterska. Telefonkontakten innebar att författarna fick bekräftelse på att personen önskade delta i studien. Samtidigt hade personerna möjlighet att ställa frågor.

Undersökningen genomfördes som en intervjustudie med kvalitativ ansats, för att få ökad förståelse av personens upplevelser av rådgivningen (18). Det kvalitativa synsättet riktar intresset mot hur individen tolkar sin verklighet, i relation till tidigare kunskaper, erfarenheter och utifrån sin livsvärld. För att öka möjligheterna att få upplysningar om hur respondenterna upplevt informationen de fått utgick intervjuerna från en intervjumanual (bilaga 4).

Intervjumanualen inleddes med en övergripande fråga med fem följdfrågor. De fokuserade på beskrivning och upplevelser av informationen hur individen kunnat använda informationen i

sin vardag. Vidare användes tre fördjupningsfrågor som stöd för intervjuerna och för att fördjupa och tydliggöra innehållet i beskrivningarna. Intervjuerna som är halvstrukturerade ger stöd att fokusera på samma områden och ger samtidigt möjlighet för de intervjuade att fritt med egna ord beskriva sina upplevelser.

Pilotintervjuer gjordes för att stärka pålitligheten och trovärdigheten, med två personer.

Dessa gjordes också för att få samstämmighet i intervjuerna. Båda författarna var närvarande vid pilotintervjuerna, en var observatör och en intervjuade. Intervjumanualen förändrade inte efter pilotintervjuerna. Därefter genomförde författarna intervjuerna var för sig.

Personerna har själva fått bestämma tid och plats. Detta innebar att tre av intervjuerna skedde i personernas hem, de övriga på den vårdcentral de tillhör, på avskild och ostörd plats. Varje intervju tog ca en timme och spelades in på band. Intervjuerna gjordes under mars till augusti år 2005. Allt material har behandlats konfidentiellt (19).

Dataanalys

Materialet i intervjuerna har analyserats genom tematisk innehållsanalys, utifrån ett kvalitativt synsätt (22 s 382-400). Analysarbetet har påbörjats först efter allt intervjumaterial samlats in. I analysen av texterna pendlar arbetet från att se helheten till delar och från delar till helhet (20). I första fasen lästes intervjuerna upprepade gånger för att få en helhetsbild av hur personen upplevt informationen som de fått. I nästa fas kodades materialet. De begrepp som förekom i flera intervjuer och om de relaterade till syftet, plockades fram och sammanfördes sedan till olika kategorier (21). I sista fasen tolkades materialet och de olika kategorierna sattes i relation till varandra. Detta för att få en helhetsbild av hur personer beskriver sin upplevelse (20).

Båda författarna har analyserade materialet var för sig och sedan gemensamt. Tolkningen stärktes genom att det var två som analyserade intervjuerna och blev tillförlitlig först då den accepterats av båda författarna (18). Analysarbetet genomfördes i samråd med handledaren som har erfarenhet om analysmetoden.

De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant av författarna. Texterna lästes upprepade gånger och gav författarna en uppfattning om personernas livsvärld och hur de anpassat informationen till just sin vardag.

Vissa begrepp återkom i intervjumaterialet

- Anpassa sig till den nya kunskapen i sin vardag.
- Testar och provar, och drar egna slutsatser.

- Stöd och uppmuntran till förändringar i livsstil.
- Rädsla för framtiden och för sjukdomen.

Därefter framkom olika kategorier som, *förtroende, delaktighet, att känna ökad tilltro till sin egen insats, brist på individualisering och kontinuitet, otillräcklighet och utebliven information.*

Etiska aspekter

Innan studien påbörjas inhämtades skriftligt tillstånd från berörda verksamhetschefer, även etiska rådet vid högskolan i Kristianstad har godkänt genomförandet av studien under våren 2005, diarienummer ER 2005 nr 16.

Personerna informerades om att deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan att den fortsatta vården påverkades. Detta gjordes innan intervjun startade, därefter undertecknade personen en blankett, informerat samtycke om deltagande i studien (bilaga 5). I intervjusituationen har författarna skrivit ner förnamn, ålder, kön och det har upplevts positivt av personerna att inte behöva lämna ut personnummer eller adress. Det är viktigt att den som blir intervjuad kan känna säkerhet i att inte kunna identifieras i resultatet.

Relationen till författarna har minimerats genom att intervjuerna har gjorts där ingen känd relation till författarna finns.

Under intervjun har författarna varit lyhörda för att personerna kan känna sig utlämnad och berätta om sådant som de efter intervjun kan ångra. I det fall personen ångrat något de sagt noterades det på bandet och kom därmed inte att skrivas ut. Detta skedde vid en av intervjuerna. Intervjuerna och det material som kommit ur intervjuerna har behandlats konfidentiellt. Utskrift har gjorts av personens muntliga uttalande, där varje ord har skrivits ner (18). Under arbetets gång har författarna tagit hänsyn till de fyra grundläggande etiska principerna vilka är autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvisepincipen. Författarna har tagit hänsyn till personernas lika värde och att det är frivilligt att delta. Deras fortsatta vård garanteras om de väljer att säga nej till fortsatt deltagande i studien. Viktigt är att personerna inte upplever att de måste ställa upp eller att de inte stället upp för att inte göra någon besviken och att vara lyhörd för beroendeförhållande. Att det som kommit ur intervjuerna inte lämnas ut på så sätt att personen blir identifierad (22).

RESULTAT

Resultatet presenteras i löpande text. Citaten är numrerade från ett till elva för respektive intervjuperson och siffran representerar personen som gjort uttalandet.

Upplevelse av förtroende för given information och till DSK på specialmottagning.

Alla beskrev att de hade fått individuell information av distriktssköterska efter att sjukdomarna manifesterat. Informationen som gavs var muntlig och skriftlig, den upplevdes som tillfredställande och saklig. Flertalet av personerna beskrev att de upplevde att de fått svar på sina funderingar sina frågor om sjukdomarna och dess behandling. De flesta tyckte att den information de fått var tillräcklig utifrån deras behov just då.

De flesta personerna beskrev att de inte sökte information från något annat håll utan var nöjda med den information som de fick av distriktssköterskan. Några uppgav att de skaffat sig kunskap av broschyrer de fått av distriktssköterskan eller hittat i väntrummet. Någon beskrev att TV eller veckotidningar hade varit en informationskälla.

Tagit till mig informationen, ändrade mig med en gång då jag fick reda på att jag hade diabetes/6/.

Jag har fått fin upplysning /1/.

Jag läste i tidningen om hälsokost, och så provade jag det/8/.

Förtroendet upplevdes som viktigt, vilket tog sig uttryck i att personerna kunde ”bolla” och diskutera olika idéer och funderingar som de haft med DSK. Detta ledde till att t ex testade olika livsmedel eller motionsformer. Personerna upplevde att det var positivt att få träffa samma DSK vid besöket på specialmottagningen och att det individuella mötet med DSK var betydelsefullt. Kontinuiteten i besöken ledde till en större tilltro till informationen som gavs. Detta ledde också till att de fick ett starkt förtroende och en mer personlig relation till distriktssköterskan.

Informationen har hjälpt mig till att jag varken tar tabletter eller sprutor i dag/6/.

All inspiration jag har fått har distriktssköterskan stått för/2/.

All information jag har fått, har jag fått härifrån/11/.

Upplevelse av delaktighet i beslut, i livsstilförändring och sjukdomsbehandling.

Upplevelsen av att känna sig delaktig i behandlingen av sina sjukdomar beskrevs som viktigt. Detta gav motivation att fatta egna beslut när det gällde behandling och att förändra sin livsstil. I de fall där personerna upplevde att informationen var individuellt anpassad för just dem, kände de ett större eget ansvar för sjukdomen och behandlingen. Detta gav dem en känsla av att kunna utnyttja sin egen förmåga att påverka sjukdomen. Alla personerna hade på något sätt ändrat sin livsföring efter att de fått information av distriktssköterskan. Flera slutade röka, alla minskade på socker och fett i maten. De försökte även öka sin motion.

Alla jobbar inte lika, men mot samma mål och det har förbättrat mina värden /2/.

Följ de råd jag fått, om jag inte förstår kan jag fråga/9/.

Motionen har jag ökat och jag tycker det hjälper lite grann på andningen och allting/11./

Jag måste själv vara motiverad till det, och det blev jag här, enormt motiverad/6/.

Upplevelse av ökad tilltro till sin egen insats.

Personerna beskrev att deras förmåga att ta till sig information och omvandla den till sin egen vardag och att göra förändringar, hade förbättrats. De upplevde tillfredställelse av den egna insatsen. Att få information om sjukdomarna innebar för respondenterna förändringar i det dagliga livet, och de blev mer medvetna om sin livsstil och behovet av förändring. Flera av personerna upplevde att informationen de fått var anledning till någon livsstilsförändring.

Tilltron till den egna förmågan motiverade till ytterligare livsstilsförändringar. Generellt så upplevde personerna sig nöjda med de resultat de uppnått. Det kunde t.ex. vara att de mådde bättre, minskade i vikt, andades lättare eller kunde minska sina insulindoser.

Jag har ändrat mig, jag försöker hålla mig till en viss mängd sedan slutar jag äta/10/.

Jag har lärt mig ta djupare andetag och att ta det lugnt/9/.

Välbefinnandet har sakta ökat, jag mår bättre, jag har lärt mig ta tillvara och utnyttja det riktigt/2/.

Upplevelse av brist på individualisering och kontinuitet av information.

Flera personer beskrev bristande kontinuitet i informationen och en bristande återkoppling till tidigare besök. En del beskrev att distriktssköterskan hade bristande kunskap om eller inte tog hänsyn till personens vardag. Andra beskrev att det inte togs hänsyn till andra sjukdomar personen hade. En person beskrev svårigheter att få råd och broschyrer om matlagning då

denne samtidigt hade en kronisk magsjukdom. När distriktsköterskan inte visade engagemang att hjälpa personen utifrån dennes situation beskrevs att tilliten och förtroendet minskade för distriktsköterskan.

Om DSK uppmanade till ökad motion utan att först ta reda på individens förutsättningar, upplevde personen sig otillräcklig och tilltron till distriktsköterskan minskade.

Informationen på specialmottagningen kunde upplevas som om den gavs efter en given mall utan hänsyn till personen. Någon person beskrev att det saknades en naturlig återkoppling till den information som givits vid tidigare besök. Någon person uppgav att samma information upprepades vid återbesöket och då uteblev motivationen till fortsatt förändringar.

Det var några som kände sig nöjda med de förändringar de gjort, de upplevde inga besvär av sina sjukdomar. De beskrev då att de lyssnade på informationen men upplevde inget behov att ytterligare förändra sin situation.

Att baka utan socker och vetemjöl är nästan omöjligt/3/.

Det här som jag har, jag vet inte, det har jag inte begripit tycker jag/1/.

Doktorer, systrar och mina hemtjänster säger, gå bara ut..... /9/.

Jag tycker inte jag känner det riktigt som dom sagt, alltså jag inbillar mig att det inte är så farligt som de säger/1/.

Inte hur man ska röra sig utan bara ut/11/.

Upplevelse av otillräcklighet.

Personerna upplevde sig otillräckliga när de hade svårt att leva upp till de råd som gavs.

En del beskrev att de upplevde sina kroppsliga symtom som ett hinder, en del uppgav ekonomin som hinder för att göra förändringar. Flera beskrev rädsla för framtiden och för hur sjukdomen skulle komma att utvecklas.

Utebliven livsstilsförändring kunde också bero på svårigheter att använda informationen i sin vardag. Olika funktionella problem kunde vara ett hinder, som att inte orka eller besvärmas av värk. Detta kunde göra att personerna kände ett motstånd mot fortsatt förändring. Personerna upplevde att det inte gavs alternativ och att det istället för en hjälp kunde bygga på den otillräcklighet och förnekande som man upplevde. Någon beskrev att motion var viktig men kunde inte ta ut sin rollator själv, så att komma ut för att promenera blev omöjligt. Någon beskrev inkontinensproblem som ett hinder. Att det fanns för få offentliga toaletter, att då våga göra några längre promenader upplevdes svårt.

Det är plånboken som styr/1/.

Gå ut bara, det är lätt at säga, ingen frågar om jag orkar, ont i ryggen, är yr, ramlar nästan, folk bara tittar utan att hjälpa/9/.

Jag har rullator, men jag vågar inte ta ut den själv/4/.

Läkaren sa det att KOL kvävs man långsamt till döds av, så viss rädsla finns ju där/5/.

Upplevelse av utebliven information.

Många av personerna beskrev att de inte visste att de hade sjukdomen KOL. Detta innebar att de inte tog till sig informationen de fått på specialmottagningen eftersom de uppfattade att informationen inte gällde dem.

Det märker jag inget av, vet inte om de tagit fel, jag har visst ingen KOL/1/.

Jag trodde aldrig det var KOL, rädd om jag ska vara ärlig för jag trodde aldrig att det gått så långt/6/.

Såvida det inte är KOL/3/.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Designen på intervjustudien hade en kvalitativ inriktning och intervjumanualen var halvstrukturerad. Detta gav personerna möjlighet att berätta fritt om sina upplevelser vilket gav intervjuerna mycket innehåll. Den blev också ett stöd för författarna att fokusera på personernas beskrivningar av sina upplevelser och tränga djupare i berättelsen. Författarna försökte lyssna med så öppet sinne som möjligt (19). Följdfrågorna i intervjumanualen var ett bra stöd för författarna att fånga tråden igen och styra in samtalet till ämnet. Följdfrågorna hade kunnat fokusera mer på upplevelsen av information och inte runt upplevelsen av motion och kostinformation. Pilotintervjuerna som genomfördes där båda författarna var närvarande detta stärkte samstämmigheten och intervjutekniken.

Intervjuerna genomfördes på vårdcentralen eller i personernas hem efter deras eget önskemål. Det är viktigt att personerna själv fick bestämma tid och plats för intervjun i möjligaste mån, även om det kan var mindre lämpligt ur författarnas synpunkt (24).

Tidsåtgången för intervjun varierade mellan 45- 90 minuter, vilket tyder på att personerna var villiga att dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Ingen person var negativ till att intervjun bandinspelades. Tvärtom var flertalet positiva till att bli tillfrågade om hur just deras vardag såg ut och hur de uppfattade sin situation. Intervjuerna som gjordes i hemmet blev längre och mindre fokuserade på ämnet. Detta kan ha berott på att personerna kände sig tryggare i sin hemmiljö och tonen blev mer personlig. Att personerna själva fick avgöra var intervjun skulle ske, kan ha bidragit till att de kunde känna sig tryggare i intervjusituationen. Det är viktigt att personerna får prata i sin egen takt, få tid att tänka och göra pauser under intervjun (18).

Urvalet av personer till intervjuerna gjordes av en distriktssköterska på respektive vårdcentral. Det har inte förts någon notering på hur många eller i vilken omfattning personerna har valt att avstå. Studien har endast gällt de som haft kontakt med vårdcentralens specialmottagningar för diabetes mellitus typ 2 och KOL. Personer med dessa sjukdomar kan finnas på äldreboende, i hemsjukvård och på sjukhusens mottagningar, de finns inte representerade i undersökningen.

Personerna skulle ha diagnostiserad KOL och diabetes mellitus typ 2 och de skulle ha besökt specialistmottagningarna det senaste året för att ingå i studien. Detta innebar att någon nyligen hade fått diagnosen diabetes mellitus typ 2 eller KOL och hade då bara varit på ett besök på specialmottagningen för information om den nytillkomna sjukdomen. Dessa intervjuer fick då en tendens att handla om den sjukdom de haft längst och personerna ställde mer frågor till författarna om den nytillkomna sjukdomen. I några fall var inte personerna införstådda med att de hade KOL och detta bidrog till att de hade många frågor om sjukdomen. Då personerna hade frågor kring behandling eller sjukdomarna, förmedlades kontakt med distriktssköterska på respektive specialmottagning.

Valet av halvstrukturerade intervjuer gav en ram till intervjun genom att vissa frågor återkom till de festa personerna. Samtidigt gav det personerna stor frihet att själva beskriva sina upplevelser och uppfattningar. Det var ingen svårighet att få personerna att med egna ord berätta. Det blev en styrka i intervjuerna att författarna inte styrde intervjun.

När intervjuerna skrevs ner var författarna medvetna om atmosfären, ansiktsuttryck, blickar och gester går förlorade. Genom att skriva ut intervjuerna ordagrant ganska omedelbart och då

lägga till noteringar som var av vikt, gjorde att minnet av visuella intryck av intervjusituationen kan finnas kvar (25). Det var ett stort material att läsa och analysera, men genom att läsa texten upprepade gånger och lyssna på banden gavs en djupare förståelse för innehållet. Författarna har gemensamt plockat ut begreppen och därefter fört samman de i kategorier. Detta sätt att analysera materialet passar väl till intervjuer med kvalitativ inriktning.

Författarna har erfarenhet av mottagningsarbete på vårdcentral, och utbildning i diabetes mellitus typ 2 respektive astma/KOL. Detta kan ha bidragit till en viss förförståelse för ämnet och uppfattningen om hur patienterna skulle kunna uppleva informationen de fått. ”Som människa” kan man inte avsäga sig förståelse utan måste ha en medvetenhet om den, och flexibelt förhålla sig till den (23). För att minska effekterna av förförståelsen följdes intervjumanualen. Författarna hade flera diskussioner om att vara lyssnande och inte rådgivande. Att i mötet fokusera på upplevelsen och att inte vara den som ska förmedla information utan få ta del av upplevelser och erfarenheter.

Resultatdiskussion

Studien visade att alla personerna hade ett behov av baskunskap om sjukdomarna, behandlingarna och om egenvård. Orem betonar att omvårdnadens mål är att så långt som möjligt hjälpa personen till självständighet i sin egenvård (16). När personen inte själv klarar av att upprätthålla egenvårdsförmågan träder vårdaren in med stöd. Bland annat beskrivs information som en metod att stödja personens egenvårdsförmåga (23).

Resultatet visade att personerna upplevt ett förtroende för informationen som gavs av DSK. De beskrev att de fått svar på sina funderingar, frågor om sjukdomarna och dess behandling. En fundering är varför flera personer inte sökt information på annat håll utan var nöjda med den information de fått på specialmottagningen. Var informationen så ”heltäckande” eller var förtroendet så stort att personerna inte hade behov av något mer. Ingen nämnde Internet som kunskapskälla eller att de sökt information i böcker på bibliotek.

Resultatet visade också att personerna upplevde att det var positivt att få träffa samma DSK vid besöken på mottagningen. Detta ledde till att de fick ett starkt förtroende och en mera personlig relation till DSK och därmed större tilltro till den informationen som gavs.

Vid de individuella besöken beskrev flera att det var lätt att ta upp problem, diskutera olika tankar och idéer som sedan kunde leda till förändringar i livsstilen. Detta kan innebära att få råd och tips, att testa olika livsmedel, motionsformer, att som patient få tid att fundera och att utifrån detta, själv välja och göra sina egna erfarenheter. Att kunna förändra en sak i taget och då få stöd och uppmuntran av någon man kände ett förtroende för, gav motivation till nya förändringar. Studien visade att behovet av individuella möten med DSK var betydelsefulla. Det är viktigt för att personerna ska kunna se sina egna hinder och möjligheter utifrån egen livsvärld och vardag. Detta kunde i sin tur leda till en ökad tilltro till sin egen förmåga att bemästra sjukdomarna och förbättring i sin livsstil.

I en aktuell studie pekar Hörnsten (26) på att vårdpersonal i högre grad borde tillämpa en mer personlig rådgivning i samförstånd, än man gjort tidigare. Detta leder till att personen lättare kan göra sina egna val när det gäller livsstilsförändringar och behandlingar. Tilltron och förmågan att genomföra dessa förändringar ökade hos personerna (a a). Att kunna känna delaktig i besluten som rör sin egen sjukdom och behandlingen är grundläggande för att man ska göra någon livsstilsförändring.

Alla i studien uppgav att de hade gjort någon form av livsstilsförändring t ex förändringar i kosten och/eller att de ökat sitt motionerande. Detta kan tyda på att de allra flesta känt sig delaktiga och känt förtroende för informationen de fått. Några avsåg att ytterligare förändra och förbättra sin livsstil men några var nöjda med de förändringar de redan gjort. Några hade förändrat sin livsstil så de kunde sluta ta regelbunden medicin. De beskrev att de mådde så bra att de inte kände någon motivation att göra fler förändringar utan mer att upprätthålla sin nya livsstil. Några uppgav att en försämring av sjukdomen skulle vara ett skäl till ytterligare förändringar av sin livsstil.

Resultatet i studien visade att DSK kunde ha bristande förståelse för personens livsvärld och vardag. Detta ledde till svårigheter att möta individen på dennes nivå och utifrån de förutsättningar som hon/han hade och att det i flera fall inte togs någon direkt hänsyn till de individuella förutsättningar som personen hade.

I informationen som gavs av DSK förklarades inte alltid hur livsstilsförändringar kunde påverka sjukdomarna. Detta gjorde det svårt för personen att se sambandet mellan förändring av sitt sätt att leva och förbättring av sjukdomarna. Personerna visste t ex att det var bra att gå

ut, men varför det var bra, eller om det påverkade sjukdomen visste de inte. Någon hade uppfattat ”gå ut” som att det gällde att få frisk luft och öppnade därför fönstret. Det handlade om att inte ta hänsyn till den kunskap och erfarenhet som personen hade sedan tidigare. När personens behov av att veta och förstå bejakas, upplevs värdighet (23).

Studien visade också att det fanns en brist i kontinuitet i information, en bristande återkoppling till tidigare besök och vad som diskuterats då. Personerna upplevde att DSK inte tog tillräcklig hänsyn till hur personen använt den nyförvärvade kunskapen i sin vardag. Vid återbesöken gavs inte utrymme för personen att tala hur just hon/han uppfattat och använt informationen man fått vid tidigare besök. Detta kunde upplevas som att redan given information upprepades eller att det inte fanns utrymme för att hitta nya vägar till förändringar även om personen var motiverad. Förutsättningar för att hitta andra vägar till en mer individanpassad information kan därmed ha gått förlorad. Att aktivt lyssna till människors egna berättelser ger en omedelbar kunskap om dem och det de berättar (27).

Personerna efterfrågade en mer anpassad rådgivning utifrån sina egna förutsättningar både när det gällde deras egen förmåga och till sina övriga sjukdomar. Det kunde t ex handla om att om någon hade svårt att gå, då rekommenderades det att personen skulle cykla utan att ta reda på om personen kunde cykla eller ägde en cykel. En förutsättning för att DSK ska utvecklas i sin förmåga att ge rådgivning om livsstilsförändringar är förmågan att lyssna. Personens berättelser och personliga förståelse kan användas för att förstå personens livssituation och motivera till egenvård (26). En förutsättning för att lyckas med rådgivningen är att personen är medveten om sin sjukdom och därmed kan ta del av informationen och inte möta informationen med förnekande och rädsla.

I en nyligen publicerad avhandling av Drevenhorn (28) pekas på behovet av individuell information och behovet av att informera om livsstilsförändringar. Avhandlingen som refererar till Orems egenvårdsteori visar på brister i mötet mellan distriktssköterskan och personen vid information om livsstilsförändringar.

Slutsats

På vårdcentralen ges råd och information av DSK som arbetar på olika specialmottagningar, men det finns inget etablerat samarbete mellan dessa mottagningar. Specialmottagningarna är specialiserade på vissa sjukdomar, men personen är en person med kanske flera sjukdomar som då måste anpassa råd från flera DSK vid olika tillfällen till sig själv och sin egen vardag.

Studien visade att behovet av individuella möten med DSK var betydelsefulla. Att öka samarbetet mellan mottagningarna både i grupp och individbaserat, skulle kunna ge en mer anpassad information utifrån individuella behov. Detta behov av kunskap skulle kunna ges i gruppträffar som då gav alla möjlighet till saklig och aktuell information med möjlighet att ställa frågor, men även att få möjlighet till kunskap och stöd av gruppmedlemmarna. Detta skulle kunna ge en möjligheten att frigöra resurser för att fokusera på personer med ett större behov av individuell information och stöd.

Drevenhorn visade att en kortare utbildning i samtalsmetodik till distriktssköterskan ledde till att informationen till personerna blev bättre anpassad till det som personerna redan kände till. Samtalen fick också en bättre struktur (28).

Att i en studie belysa hur ett mer etablerat samarbete mellan specialmottagningarna skulle förbättra informationen, skulle vara av stort värde. Detta skulle kunna leda till en mer individualiserad omvårdnad.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Sjuksköterskeledda mottagningar inom somatisk sjukvård i sydöstra sjukvårdsregionen. (elektronisk) Artikelnr 2004-109-15. www.socialstyrelsen.se. Oktober 2004.
2. Larsson, K..KOL. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Boehringer Ingelheim AB.2002.
3. SOS mars. Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus-Version för hälso och sjukvårdspersonal.1999.
4. Arbetsgruppen för handlingsprogram. Lokalt handlingsprogram för diabetis mellitus Nordöstra Skåne, Primärvården Skåne.2002.
5. Freeman, J.C. Applying nutrition and diabetic recommendation in the nurse practitioner setting. (elektronisk) Nurse Practitioner Forum June:9(2): 46-52.1998.
6. R.Ruderfeldt.L.Axelsson.Vård I Norden 4/2004. Publ. No 74, Vol 24 Nu 4PP 9-14.
7. Dyson, P. Br J. Nutrition and diabetic control:advice for non-dietitians. (elektronisk) Community Nurs.Aug;7(8):414-9.Abstract.2002.
8. Attvall, S. Fysisk aktivitet och dess stora betydelse-ett paradigmskifte med nya möjligheter. Diabetolognytt. Årgång 17nr1:9.2004.
9. Khaltayev, N. WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. (elektronisk) WHO Consultation on the Comprehensive Approach for the Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases (11-12) January 2001.
10. Läkemedelsboken 2003/2004. Apoteket AB.2003.

11. Prescott E, Almdal.T, Mikkelsen KL, Tofteng CL, Vestbo J, Lange P. Prognostic value of weight change in chronic obstructive pulmonary disease: results from the Copenhagen City heart Study. *European Respiratory journal*,20; 539-44.2002.
12. Scolls, A.M .Nutritional and metabolic modulation in chronic obstructive pulmonary disease management. (elektronisk) *Eur Respir J suppl.* Nov;46:86s-86s.Abstract.2003.
13. Larsson, S. Larsson, K. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL rehabilitering vid KOL. Boehringer Ingelheim, 4:e upplagan 1999.
14. Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) (elektronisk) sammanfattning .www.socialstyrelsen.se.2004.
15. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdslagen.(1982:763). Stockholm.
16. Kirkevold, M. Omvårdnadsteorier analys och utvärdering. Lund Studentlitteratur andra upplagan, 2000.
17. Kirkevold.M, Nortvedt.F, Alvsvåg, H. Klokhet, omdöme och skicklighet. Lunds studentlitteratur.1994.
18. Kvale, S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur, Lund.1997.
19. International Council of Nurses (ICN) etnisk kod för sjuksköterskor. Svensk Sjuksköterske Förening. Stockholm 2002. www.icn.ch, www.swenurese.se.
20. Hartman, J. Vetenskaplig tänkande, Studentlitteratur, Lund 1998.
21. Polit, D.F. Beck, C.T, Hungler, B.P. Nursing research,methods 5th ed. Philadelphia Lippicott.2001.
22. Sörman, S. Olsson, H. Forskningsprocessen, Liber AB, Falköping.2002.

23. Friberg.Febe. Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Acta universation Gothoburgensis.2001.
24. Bell.J. Introduktion till forskningsmetoder.Studentlitteratur.Lund.2002.
25. Fridlund.B. Qualitative methods in healthcare research:some issues related to utilisation an scrutiny. Care of the critically III vol 14 no 6 august :212-214.
26. Hörnsten, Å.Experiencec of Diabetes Care-Patients and Nurses Perspectives. Umeå University medical dissertations.2004.
27. Skott.C.Berättelsens praktik och teorie. Narrativ forskning i ett hermenutiskt perspektiv. Studentlitteratur, Lund.2002.
28. Drevenhorn.E. counselling patients with hypertension at helth centres- a nursing perspective.Institute of helth and care sciences.Elektronisk. The Sahlgrenska Accademy.2006.Tillgänglig:<http://hdl.handle.net/2077/713>.

Bilaga 1.

Högskolan Kristianstad
Institutionen för hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad

Information till Dig som har besökt distriktssköterskans specialmottagningar på vårdcentralen.

Att ha diabetes och en kronisk lungsjukdom kan innebära att du behövt få råd och stöd från olika håll. Hur Du upplevt information Du fått av distriktssköterskan på diabetes och astmamottagningen kan bidra till en ökad förståelse kring rådgivning och därför är vi intresserad av just Dina upplevelser.

Ditt deltagande är **frivilligt** och Du kan avbryta din medverkan när som helst utan påverkan på din fortsatta vård.

Vi kommer att kontakta Dig för en tid för intervju och Du avgör var intervjun ska genomföras. Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter och kommer att spelas in på band. Materialet kommer att behandlas **konfidentiellt**. Ingen enskild person kommer att kunna identifieras i uppsatsen.

Intervjun är en del i en omvårdnadsutbildning vid Högskolan i Kristianstad.

Om det finns några oklarheter eller frågor tag gärna kontakt med oss.

Med vänliga hälsningar

Leg sjuksköterska
Anita Joelsson
Tel: 044-69300 eller 69314

Leg sjuksköterska
Monica Lennartsson
Tel: 044-69300 eller 69312

Handledare
Universitetsadjunkt
Lena Wierup
Tel: 044-204049

Bilaga 2.**Till verksamhetschef på vårdcentral.....**

På diabetes respektive astma mottagningen träffar patienter, med diagnos diabetes samt KOL, sjuksköterska. Informationen angående kost och motion till dessa patientgrupper ser olika ut beroende på vilken mottagning de besöker, vilket kan bli motsägelsefullt för patienten. Det kan därför vara väsentligt att ta del av patienternas upplevelser av den givna informationen. Vi önskar därför att göra en intervjustudie med patienter som har dubbeldiagnos och besökt de båda mottagningarna under 2004.

Syftet med studien är att ur patientperspektiv få ta del av upplevelser av given information kring områden kost och motion till patienter med båda sjukdomarna.

Urvalet kommer att göras av distriktssköterskan på specialmottagningen, där kommer patienten att tillfrågas om intervjun. Noggrann information om sekretess, studiens syfte, behandling av materialet, delges vid första träffen både muntligt och skriftligt. Patienten informeras också om att de kan avbryta sitt deltagande när helst de så önskar utan konsekvenser för deras fortsatta vård. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt.

Etikrådet vid högskolan i Kristianstad har gett sitt tillstånd att utföra studien.

Vi hänvisar till medsänd projektplan, om något är oklart. Om Ni har några frågor tag gärna kontakt med oss. Intervjustudien är en del i omvårdnadsutbildning vid Högskolan i Kristianstad och resultatet kommer att presenteras i vår C-uppsats.

Med vänlig hälsning och tack för ert samarbete.

Ort och datum.....

Underskrift.....

Namnförtydligande.....

Befattning.....

Vårdcentral.....

Leg sjuksköterska
Monica Lennartsson
Vårdcentralen Knislinge
Telefon: 044-69300
Monica.a.lennartsson@skane.se

Leg sjuksköterska
Anita Joelsson
Vårdcentralen Knislinge
Telefon: 044-69300
ajsson@brevet.nu

Handledare
Universitetsadjunkt
Lena Wierup
Telefon: 044-204049

Bilaga 3.

Hej!

Som vi sade vid telefonsamtal så håller vi alltså på att skriva en C-uppsats i omvårdnad vid Högskolan i Kristianstad.

Syftet är att få ta del av upplevelser kring rådgivningen till dem som har en dubbeldiagnos diabetes typ 2 och KOL.

Nu vill vi alltså ha hjälp av er att hitta patienter som är villiga att ställa upp för en intervju.

Kriterier är att de ska ha diagnos diabetes typ 2 och KOL, ska ha besökt både diabetes och astmamottagningen under senaste året, vi genomför ingen intervju med tolk.

Om ni har denne patient framför er, fråga om de kan ställa upp på intervjun, viktigt är att de vet att det är frivilligt. Om de är positiva ge de ett informationsblad och tala om att vi hör av oss och var de kan nå oss om de har frågor.

Ni skriver upp namn och telefonnummer på en lapp som vi får av er vid besök, så tar vi kontakt med patienten och förklarar vidare.

Vi bestämmer hur vi ska lösa när vi kan hämta lapparna, bra är ju om de förvaras i ett kuvert så det är lätt att hämta.

Vi ska sammanlagt ha ca 10 patienter och ni är tre vårdcentraler som är tillfrågade, så vi hoppas att det inte blir så mycket jobb för er.

Vi kommer att meddela er när vi inte behöver fler respondenter.

Tack snälla ni för att ni vill hjälpa oss.

Frågor, bara hör av er!

Monica Lennartsson, tel hem: 044-91633 till arbetet 69300 eller 69312

Anita Joelsson, tel hem: 044-42959 till arbetet 69300 eller 69314

INTERVJUMANUAL

Övergripande fråga

Hur har du upplevt informationen på sjuksköterskeledda mottagningar?

- ◆ **Kan du beskriva informationen du fått av sjuksköterska på specialmottagningarna?**
- ◆ **Hur har du fått kunskap om kost och motion i förhållande till dina sjukdomar?**
- ◆ **Har du fått kunskap om kost och motion på sjuksköterskemottagningarna?**
- ◆ **Kan du beskriva hur du använder informationen i din vardag?**
- ◆ **Kan du beskriva om en situation där du lärt dig något om kost/motion?**

fördjupningsfrågor

Hur menar du då....?

Kan du utveckla detta lite.....?

Kan du beskriva hur.....?

Avslutningsfråga om respondenten har något mer att tillägga.

Bilaga 5.**Skriftligt medgivande om deltagande i intervjustudie.**

Jag har tagit del av muntlig och skriftlig information om deltagande i intervjustudie och har haft möjlighet att ställa frågor.

Jag samtycker till att delta i studien och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan förklaring kan avbryta mitt deltagande.

.....
Datum

Namnsteckning