



EXAMENSARBETE

Våren 2013

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 hp

Patienters upplevelser av sjuksköterskans stöd vid typ 2-diabetes

– En litteraturstudie

Författare

Emma Jansson

Anna Linderberth

Handledare

Helena Larsson

Examinator

Inga-Britt Lindh

Patienters upplevelser av sjuksköterskans stöd vid typ 2-diabetes

Författare: Emma Jansson och Anna Linderberth

Handledare: Helena Larsson

Litteraturstudie

Datum: 130611

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige har 325 000 människor diagnosen typ 2-diabetes. Sjukdomen ställer stora krav på individen. För att sjuksköterskan ska ge en god omvårdnad behövs kunskaper om patientens individuella behov av stöd. **Syfte:** Syftet var att beskriva patienters upplevelser av sjuksköterskans stöd vid typ 2-diabetes. **Metod:** Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie där nio vetenskapliga artiklar kvalitetsgranskades och analyserades. **Resultat:** Patienters upplevelser av sjuksköterskans stöd kategoriserades som emotionellt, informativt och värderande stöd. Viktiga faktorer i sjuksköterskans stöd var gemensamt engagemang, tillit, lindring av bördan, att bli sedd som en individ, kunskap genom information, dialog, kontroll och bekräftelse. **Diskussion:** Två faktorer diskuterades som påverkade upplevelsen av sjuksköterskans stöd. Hur sjuksköterskan gjorde patienterna delaktiga och tillgodosåg patientens individuella behov ansågs vara väsentligt. **Slutsats:** Det finns ett behov av att belysa hur patienter upplever sjuksköterskans stöd. Genom att sjuksköterskan har insikt i vad ett gott stöd innebär kan patienten få redskap till sjukdomshantering och ett förbättrat välmående.

Nyckelord: Litteraturstudie, Patient, Stöd, Typ 2-diabetes, Upplevelse

The patients' experiences of nurse-support in type 2-diabetes

Authors: Emma Jansson and Anna Linderberth

Supervisor: Helena Larsson

Literature review

Date: 130611

Abstract

Background: In Sweden, 325 000 people have the diagnoses of type 2-diabetes. The disease makes great demands on the individual. The nurse needs knowledge about the patient's individual needs of support to give good nursing care. **Aim:** The aim was to describe the patients' experiences of nurse-support in type 2-diabetes. **Method:** The study was conducted as a literature review and based upon nine scientific articles that were quality assessed and analyzed. **Results:** The patients' experiences of nurse-support were categorized as emotional, informational and evaluative support. Important factors given about the nurse's support was participation by both nurse and patient, trust, easing the burden, to be seen as an individual, knowledge through information, dialogue, control and acknowledgment. **Discussion:** Two factors were discussed that affected the patients' experiences of nurse-support. How the nurse included the patients' in the recovery and management of their disease and catered to the patient's individual needs that were considered to be essential. **Conclusion:** There is a need to highlight how the patients' experience the nurse's given support. Insight from the nurse into what good support means to the patient can improve disease management and well-being.

Keywords: Experience, Literature review, Patient, Support, Type 2-diabetes

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	8
Design.....	8
Sökvägar och Urval	8
Granskning och Analys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Emotionellt stöd	10
Gemensamt engagemang	10
Tillit	11
Lindring av bördan	11
Att bli sedd som en individ	12
Informativt stöd	12
Kunskap genom information.....	12
Dialog	13
Värderande stöd.....	13
Kontroll	13
Bekräftelse.....	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats.....	20
REFERENSER	21

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Granskningsmall

BAKGRUND

Typ 2-diabetes medför konsekvenser för den enskilda individen och samhället vilket ställer stora krav på både patienten och sjukvården (Socialstyrelsen, 2010). Det har visat sig att det finns ett tydligt samband mellan att få ett bristfälligt stöd och att bortse från sin diabetes vilket leder till sämre sjukdomshantering (Toljamo & Hentinen, 2001). För att kunna ge en god omvårdnad och därmed förebygga och lindra konsekvenser av sjukdomen behöver sjuksköterskan ha kunskaper om patientens individuella behov av stöd (Socialstyrelsen, 2010).

Förekomsten av typ 2-diabetes ökar successivt i världen och idag beräknas mer än 371 miljoner människor ha diabetes (International Diabetes Federation, 2012). I Sverige är 325 000 människor diagnostiserade med typ 2-diabetes vilket gör att sjukdomen räknas som en av de stora folksjukdomarna (Socialstyrelsen, 2009). Förändrade levnadsvanor som innefattar otillräcklig fysisk aktivitet, förändrade kostvanor och ökad kroppsvikt är bidragande orsaker (Groop, Lyssenko & Renström, 2010). Typ 2-diabetes är en endokrin sjukdom som innebär att insulinkänsligheten minskar vilket ger ett ökat behov av insulin och en försämring av bukspottkörtelns förmåga att producera insulin (Groop et al., 2010). Detta bidrar till ett förhöjt blodglukosvärde som kan leda till utveckling av neuropati, nefropati och retinopati där mindre blodkärl skadas. En ytterligare komplikation där de större kärlen påverkas kan bidra till utveckling av ateroskleros och en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Agardh, 2010; Nilsson, 2010). Sjukdomen har ett långsamt förlopp vilket gör att den till en början inte ger tydliga symtom. På så sätt kan det ta tid innan diagnosen ställs och komplikationer kan redan ha utvecklats (Lindholm, 2010).

För att minska förekomsten och fördröja utvecklingen av komplikationer utgör egenvård en viktig del i prevention och behandling som bland annat innefattar sjukdomsinsikt samt kunskap om levnadsvanor och komplikationer. En hälsosam kosthållning, fysisk aktivitet, fotvård och blodglukosmätning är egenvårdsåtgärder som kräver en aktiv roll av patienten (Arend, Stolk, Krans, Grobbee & Schrijvers, 2000; Berne & Sörman, 2010). Behandlingen kan även utgöras av perorala läkemedel eller insulintillförsel (Adamson, Lins & Toft, 2010; Eliasson & Nilsson, 2010). Det primära syftet vid behandling av typ 2-diabetes är att sänka blodglukosvärdet och därmed förebygga utveckling av komplikationer (Arend et al., 2000).

Personer som lever med typ 2-diabetes kan känna en oro över att utveckla komplikationer vilket kan leda till sänkt livskvalitet. Att leva med sjukdomen kan även innebära upplevelser av begränsningar i livet eftersom sjukdomen ständigt är närvarande. Ansvar för sin egenvård och förväntningar på en förändrad livsstil kan upplevas som ett krav vilket kan uppfattas som en stressfaktor för individen (Johansson & Leksell, 2010).

Diabetes har varit känd sedan tusentals år tillbaka. Utvecklingen av den moderna diabetesvården började omkring 1950-talet då det uppmärksammades att patienterna upplevde att vården var otillräcklig på grund av få specialistläkare och okunnighet. Sjukvårdens organisation förändrades genom hälsokontroller, förbättrad öppenvård och möjlighet till tidig diagnos (Ajanki, 1999). Ett paternalistiskt synsätt där patienten ansågs vara en passiv mottagare har utvecklats till ett patientcentrerat synsätt där en likvärdig relation mellan patient och sjuksköterska är centralt. Omvårdnaden till patienten ska skapa förutsättningar för sjukdomshantering samt stödja individen till att göra informerade val (Charles, Whelan & Gafni, 1999; Socialstyrelsen, 2010; Stryhn, 2007).

Ett sätt att se på stöd kan vara att ta hjälp av Langfords, Bowshers, Maloneys och Lillis (1997) definition av stöd som utgörs av de fyra dimensionerna *emotionellt*, *instrumentellt*, *informativt* och *värderande stöd*. Det *emotionella stödet* innefattar omsorg, empati, kärlek och tillit. Cobb (1976) menar att emotionellt stöd genom kommunikation leder till att personen känner sig uppskattad, omhändertagen samt upplever gemensamt engagemang. Langford et al. (1997) beskriver det *instrumentella stödet* som konkret hjälp så som ekonomiskt bistånd till individen. *Informativt stöd* beskrivs som stöd till problemlösning, råd och förslag. *Värderande stöd* innefattar bekräftelse, positiv feedback samt stöd till hantering av individens egen situation.

För att se varje individs behov av stöd kan det vara av vikt att ta hänsyn till upplevelsen av stöd. Filosofen Husserl definierar en upplevelse som det man upplever i den nuvarande situationen och att den är individuell. Upplevelsen påverkas av den kontext som man befinner sig i och förändras på så sätt ständigt. Den baseras även på människans tidigare erfarenheter och då man drabbas av sjukdom kan upplevelsen av verkligheten förändras markant. Olika perspektiv gör att sjuksköterskans och patientens upplevelser skiljer sig ifrån varandra. Ifall

sjuksköterskan inte tar hänsyn till patientens subjektiva upplevelser är det svårt att utgå ifrån patientens situation och ge en god omvårdnad. Heidegger vidareutvecklade Husserls teori och menar att man förhåller sig till en upplevelse på ett visst sätt och vid förändring kan en händelse medvetandegöras på ett annorlunda sätt (Birkler, 2007). När en individs tillvaro förändras kan även behovet av omvårdnad öka. Dorothea Orems omvårdnadsteori grundar sig på att patienten har förmågan och motivationen som krävs för att främja hälsa och förebygga sjukdom. När kraven på egenvård är större än individens eller de anhörigas förmågor att tillgodose behoven ska omvårdnaden komplettera denna brist. Sjuksköterskans omvårdnad ska stärka patienten och ge stöd till att utöva egenvård samt genomföra de egenvårdshandlingar som personen eller de anhöriga inte kan utföra. För att vägleda sjuksköterskor i omvårdnadsprocessen har Orem utformat riktlinjer för vilka uppgifter en sjuksköterska har i vårdandet. Som sjuksköterska ska man agera, vägleda och skapa en utvecklande miljö för en person. I professionen ingår också undervisning samt att kunna ge fysiskt och psykiskt stöd (Orem, 2001).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) klargörs det även att sjuksköterskan ska ge stöd och vägledning till både patienter och närstående. För att kunna fatta välgrundade beslut behöver patienten ta del av sjuksköterskans kunskaper och färdigheter samt stärkas i tilltron till sina förmågor. I en del situationer kan patientens behov av stöd öka, till exempel vid debut av sjukdom eller då komplikationer har utvecklats (Socialstyrelsen, 2010). Ett gott stöd har visat sig vara en god strategi för att öka patientens förståelse och hanterbarhet vad gäller beteendeförändringar vilket kan leda till förbättrade behandlingsresultat (Arend et al., 2000). Det är en utmaning att ge ett individanpassat stöd till patienter för att skapa förutsättningar för en god sjukdomshantering (Hayes, McCahon, Reeve Panahi, Hamre & Pohlman, 2008). Genom kunskap om vad ett gott stöd innebär för patienten kan förutsättningarna öka för att förändra en individs beteende.

SYFTE

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av sjuksköterskans stöd vid typ 2-diabetes.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie som byggde på vetenskapliga artiklar av kvalitativ art. Genom att utgå ifrån ett patientperspektiv uppnås en ökad förståelse för mänskliga fenomen (Henricson & Billhult, 2012).

Sökvägar och Urval

Litteratursökningen genomfördes i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo. För att hitta artiklar som motsvarade syftet tillämpades sökorden *type 2 diabetes, diabetes type 2, diabetes mellitus, support, coaching, patient, relation, experience, perceive, communication, healthcare, view, management* och *qualitative*. Trunkering gjordes och en boolesk sökteknik användes med sök-operatorerna AND och OR (Östlundh, 2006) (bilaga 1). För att relevanta artiklar skulle väljas lästes abstract från varje artikel i sökningarna igenom (Karlsson, 2012). Manuell sökning gjordes från artiklarnas referenslistor där inga ytterligare artiklar framkom som stämde överens med syftet.

Inklusionskriterier utformades för att urvalet skulle uppfylla kraven för att ingå i studien (Olsson & Sörensen, 2011). Artiklar som valdes ut skulle vara vetenskapligt granskade då det ökar trovärdigheten och förutsättningarna för att de är av god kvalitet (Karlsson, 2012).

Eftersom litteraturstudien skulle bygga på aktuell forskning var ett inklusionskriterium att artiklarna var publicerade från år 2003 till 2013. Ett annat kriterium var att materialet skulle omfatta personer över 18 år diagnostiserade med typ 2-diabetes. Studierna skulle vara gjorda i Europa och vara skrivna på engelska eller svenska eftersom det är de språk som författarna behärskar. Ett exklusionskriterium var artiklar som riktar sig till en specifik och mindre etnisk grupp då det kan vara svårt att generalisera resultatet till det västerländska samhället.

Ytterligare exklusionskriterier var artiklar skrivna utifrån sjuksköterskans perspektiv samt artiklar av kvantitativ art eftersom de inte beskriver patienters upplevelser. Artiklar som fokuserade på internet- eller telefonbaserat stöd valdes även att exkluderas.

Granskning och Analys

Artiklarnas kvalitet granskades utifrån Röda korsets högskolas granskningsmall för att säkerställa att de höll god kvalitet (bilaga 3). Artiklarna lästes igenom och granskades individuellt av de båda författarna. Tio artiklar granskades i sin helhet varav en valdes bort

eftersom resultatet inte var tillämbart för studien. Av de nio artiklar som kvarstod var sju av hög kvalitet och två höll medelhög kvalitet. För att få en överblick över valt material fördes artiklarna in i en artikelöversikt (bilaga 2). Artiklarna analyserades efter en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Det innehåll som stämde överens med studiens syfte valdes ut och bildade meningsbärande enheter. Ett exempel på en meningsbärande enhet var att *information som gavs från olika personer kunde skapa förvirring och osäkerhet*. Meningsenheterna kondenserades vilket reducerade mängden text utan att undgå materialets innebörd. De kondenserade meningsbärande enheterna markerades med färg och siffror för att kunna skilja material från respektive artikel. Därefter abstraherades de meningsbärande enheterna till koder vilka kontrollerades fortlöpande med den ursprungliga texten för att undgå tolkning samt förhindra bortfall av relevant material. Den tidigare beskrivna meningsbärande enheten kodades till *information – förvirring*. Kodning medförde att materialet blev mer lätthanterligt och överskådligt vilket underlättade kategoriseringen. Subkategorier bildades därefter utifrån de koder som hade liknande innehåll och jämfördes med varandra för att i så stor utsträckning som möjligt vara ömsesidigt uteslutande av varandra. Tidigare exempel av kod placerades i subkategorin *kunskap genom information*. Under analysen fördes diskussion mellan författarna och reflektion av de olika abstraktionsnivåerna i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Det uppmärksammades att subkategoriernas innehåll var i samstämmighet med tre dimensioner av Langfords et al. (1997) definition av stöd vilket ledde till att resultatet kategoriserades enligt denna definition. Kategoriserat material innehöll olika aspekter där både stödets funktion och betydelse belystes.

Etiska överväganden

Genom att studierna var forskningsetiskt granskade fanns en avsikt att ta hänsyn till grundläggande etiska principer. I artiklarna som ingick skulle det framgå att hänsyn tagits till självbestämmande, frivillighet och att informanterna blivit konfidentiellt behandlade. Tillvägagångssättet i forskningen skulle vara tillförlitligt och ha som ändamål att komma fram till resultat som kunde bidra till förbättring. Författarna till denna studie strävade efter att förhålla sig sanningsenligt till artiklarna och inte utesluta material som svarade på syftet (Kjellström, 2012; Olsson & Sörensen, 2011; Stryhn, 2007).

RESULTAT

Patienter med typ 2-diabetes upplevelser av sjuksköterskans stöd utgjordes av kategorierna *emotionellt stöd*, *informativt stöd* och *värderande stöd*. Kategorierna med innehållande subkategorier presenteras i nedanstående tabell.

Tabell 1. Översikt av kategorier och subkategorier.

Emotionellt stöd	Informativt stöd	Värderande stöd
<ul style="list-style-type: none">• Gemensamt engagemang• Tillit• Lindring av bördan• Att bli sedd som en individ	<ul style="list-style-type: none">• Kunskap genom information• Dialog	<ul style="list-style-type: none">• Kontroll• Bekräftelse

Emotionellt stöd

I kategorin presenteras det emotionella stödet som berör patienters upplevelser av gemensamt engagemang, tillit, lindring av bördan samt att bli sedd som en individ.

Gemensamt engagemang

I studierna framgick det att patienterna upplevde det väsentligt att de tillsammans med sjuksköterskan hade en jämlik relation där båda var involverade och engagerade då beslut togs (Hornsten, Lundman, Kihl Selstam & Sandstrom, 2005; Moser, Houtepen, Spreeuwenberg & Widdershoven, 2010; Oftedal, Karlsen & Bru, 2010; Svenningsson, Gedda & Marklund, 2011). Det visade sig även att en likvärdig relation bidrog till att lösningar hittades på olika problem i sjukdomsprocessen. För att en jämlik relation och samstämmighet skulle uppnås var ett regelbundet stöd väsentligt vilket även medförde att patienten inte behövde återberätta sin sjukdomshistoria (Moser, Houtepen, Bruggen, Spreeuwenberg & Widdershoven, 2009; Stenner, Courtenay & Carey, 2011). Det framkom att patienterna uppmuntrades till involvering och närvaro när sjuksköterskan visade ett genuint intresse (Hornsten et al., 2005; Stenner et al., 2011; Svenningsson et al., 2011). I Oftedals et al. (2010) studie framgick det att patienterna upplevde bristande motivation när de inte bjöds in till att

vara delaktiga. I Mosers et al. (2009) studie uttryckte patienterna att en viktig faktor för att uppnå ett gott stöd var att sjuksköterskan skulle stödja samt respektera patienten i hans eller hennes val. Vidare kom det till uttryck att sjuksköterskan i vissa situationer skulle fatta beslut när patienterna inte var kapabla till att göra det själva. Studierna av Edwall, Hellström, Öhrn och Danielson (2008) och Hornsten et al. (2005) visade att i samband med målsättning upplevde patienterna att det var viktigt med ett gott samarbete samt att hänsyn togs till patientens egna mål och intresse. När sjuksköterskans mål inte stämde överens med patientens mål upplevdes stödet bristfälligt. I Svenningssons et al. (2011) studie framgick det även att känslor av ensamhet och övergivenhet kunde upplevas när samarbetet var bristfälligt.

Tillit

I studierna av Hornsten et al. (2005) och Oftedal et al. (2010) framkom det att patienterna kände tillit till sjuksköterskan när de upplevde säkerhet och empati i mötet. Enligt studien av Moser et al. (2009) kunde känslor av tillit bidra till upplevelser av att kunna anförtro sig till sjuksköterskan. Det belystes även att känslor av osäkerhet och avsaknad av tillit upplevdes när patienterna kände sig ovänligt bemötta och ignorerade (Hornsten et al., 2005; Oftedal et al., 2010). Det framgick att sjuksköterskans kunskap som skulle vara adekvat och uppdaterad var en viktig faktor för att patienterna skulle känna förtroende. Det belystes även att kompetensen hos sjuksköterskan var betydelsefull för att patienterna skulle uppleva att deras behov av stöd tillgodosågs vilket bidrog till upplevelser av tillit. När sjuksköterskans kompetens däremot var bristfällig uppfattades stödet som otillräckligt för att känna tillit (Berterö & Hjelm, 2010; Hjelm & Berterö, 2009; Moser et al., 2009).

Lindring av bördan

I studierna framkom det att patienterna upplevde att sjuksköterskans stöd hade en lindrande funktion. Känslor som ångest kunde reduceras och olika påfrestningar relaterade till sjukdomen kunde lindras i mötet med sjuksköterskan. Det belystes även att stödet var särskilt viktigt i samband med motgångar i sjukdomen då det kunde tillföra nytt hopp och nya krafter (Edwall et al., 2008; Svenningsson et al., 2011). Vidare framgick det att patienterna upplevde att sjuksköterskans lindrande funktion var otillräcklig i samband med att diagnos gavs vilket kunde bidra till känslor av ensamhet (Berterö & Hjelm, 2010; Hjelm & Berterö, 2009; Oftedal et al., 2010).

Att bli sedd som en individ

I studierna framkom betydelsen av att patienterna blev sedda utifrån ett helhetsperspektiv (Berterö & Hjelm, 2010; Moser et al., 2009; Oftedal et al., 2010; Stenner et al., 2011). Det framgick i studierna av Hornsten et al. (2005) och Oftedal et al. (2010) att patienterna upplevde att deras individuella behov inte tillgodosågs när sjuksköterskan främst fokuserade på sjukdomen. På så sätt uppfattades stödet som bristfälligt. I Mosers et al. (2009) studie kom det till uttryck att det var viktigt att sjuksköterskan var flexibel i varje möte för att kunna tillgodose individuella behov. Vidare belyste Hornstens et al. (2005) studie vikten av att respekt visades för patienten som person samt erfarenheterna av att leva med diabetes vilket bidrog till känslor av att bli sedd som en individ.

Informativt stöd

I kategorin presenteras det informativa stödet som innefattar patienters upplevelser av kunskap genom information samt dialogen med sjuksköterskan.

Kunskap genom information

I studierna framgick det att information var väsentligt för upplevelsen av ett gott stöd. Informationen skulle vara noggrann och tydlig. Den skulle även vara förståelig och relevant för individen (Moser et al., 2009; Oftedal et al., 2010; Stenner et al., 2011). Edwalls et al. (2008) studie visade att tillförlitliga råd bidrog till att skapa motivation och inspiration hos patienterna (a.a). Det framkom att informationen kunde uppfattas som en betydelsefull vägledning som bidrog till reflektioner om sjukdomen och dess komplikationer. Vägledning bidrog även till uppdaterad och repeterad kunskap som gav nya insikter (Edwall et al., 2008; Moser et al., 2009). Stenners et al. (2011) studie visade att patienterna kunde vara i behov av mer information och vägledning i samband med övergångsperioder som till exempel vid behandlingsjusteringar. Enligt Oftedals et al. (2010) och Svenningssons et al. (2011) studier kunde inkonsekvent information som inte gavs från samma person skapa förvirring, osäkerhet samt påverka relationen negativt (a.a). Information som däremot gavs från samma person ökade patienternas förmåga att förstå och ta till sig den (Stenner et al., 2011). Information och generella råd som inte var anpassade efter individens behov kunde leda till känslor av otillfredsställelse samt upplevelser av ouppnåeliga mål (Hornsten et al., 2005; Stenner et al., 2011; Svenningsson et al., 2011). Det framgick att sjuksköterskans attityd i det stöd som gavs påverkade hur patienterna uppfattade informationen (Svenningsson et al., 2011). Hornstens et

al. (2005) studie visade att stödet upplevdes otillfredsställt när sjuksköterskan tillämpade ett auktoritärt förhållningssätt och gav för mycket direktiv (a.a). I studierna framkom det att för mycket information vid samma tillfälle upplevdes som negativt och kunde medföra att patienterna kände sig omotiverade (Ofstedal et al., 2010; Svenningsson et al., 2011).

Dialog

I studierna av Moser et al. (2009) och Stenner et al. (2011) uttrycktes att en viktig komponent för ett gott stöd var att ha en dialog i informationsutbytet mellan patient och sjuksköterska. Vidare var ett aktivt lyssnande, uppmärksamhet samt att kunna föra en givande dialog förmågor som ansågs vara väsentliga hos sjuksköterskan. Det upplevdes även viktigt att patienterna kände sig inbjudna till diskussioner när information gavs vilket kunde bidra till ökad förståelse för sjukdomen och dess behandling (a.a). Något som också framgick var att patienterna upplevde det betydelsefullt att kunna diskutera problem relaterade till sin sjukdom utan att känna sig generade (Moser et al., 2009). Studier visade att patienterna ansåg att det var viktigt att kunna ställa frågor för att uppleva ett tillfredsställt stöd. Upplevelser av att man inte fick svar på de frågor som ställdes skapade oro och frustration (Berterö & Hjelm, 2010; Svenningssons et al., 2011). Det framkom även att ett kontinuerligt stöd var väsentligt för att patienterna skulle känna att de kunde vara ärliga i kommunikationen med sjuksköterskan (Hjelm & Berterö, 2009; Stenner et al., 2011).

Värderande stöd

I kategorin presenteras det värderande stödet som omfattar patienters upplevelser av kontroll samt bekräftelse.

Kontroll

I studierna belystes betydelsen av stöd och motivation relaterat till egenvård och det dagliga livet. Ett stöd till detta kunde underlätta patientens situation och öka viljan till att ta ansvar samt bidra till ett ökat självförtroende. Även känslor av säkerhet, lugn och hoppfullhet kunde upplevas av patienterna (Edwall et al., 2008; Hjelm & Berterö, 2009; Ofstedal et al., 2010). Det visade sig att ett individuellt stöd relaterat till egenvård kunde bidra till hälsosammare levnadsvanor, underlätta för att nå uppsatta mål samt ge kontroll över situationen (Berterö & Hjelm, 2010; Stenner et al., 2011; Svenningssons et al., 2011). I studien av Edwall et al. (2008) framgick det att stöd som var regelbundet upplevdes väsentligt för att kunna hantera sin sjukdom över en längre tid. På så sätt kunde patienten agera på det sätt som var bäst för

individens själv. I studien av Moser et al. (2010) visade det sig att stödet medförde att ansvarsområden tydliggjordes vilket bidrog till att patienterna fick klarhet över vad som krävdes för att nå förbättringar i sjukdomen. Hornstens et al. (2005) studie påvisade att det upplevdes vara svårt att nå sjukdomsförbättringar när sjuksköterskan försökte omforma patienten till en hälsosammare livsstil utan att det gjordes på patientens villkor (a.a). Det framkom att när sjuksköterskan agerade som en expert och prioriterade mätvärden som till exempel blodglukos eller blodtryck framför individens behov kunde patienterna utveckla strategier för att återfå kontroll över situationen (Oftedal et al., 2010; Svenningsson et al., 2011). Vidare framgick det att känslor av ett otillfredsställt stöd upplevdes när sjuksköterskan hade fokus på andra faktorer än patienten samt när stöd till livslånga förändringar inte gavs (Svenningsson et al., 2011).

Bekräftelse

I Oftedals et al. (2010) studie framkom det att tilltron till egna förmågor stärktes när patienterna fick bekräftelse och positiv feedback från sjuksköterskan (a.a). I studierna belyste patienterna att det var viktigt att bli betrodda, ihågkomna samt att sjuksköterskan tog hänsyn till de individuella behoven för att uppleva bekräftelse. Bekräftelsen kunde upplevas verbalt samt icke verbalt genom till exempel ögonkontakt (Edwall et al., 2008; Moser et al., 2010; Svenningsson et al., 2011). Enligt Hornstens et al. (2005) och Stenners et al. (2011) studier kunde patienterna känna bekräftelse i mötet när sjuksköterskan försökte förstå deras perspektiv och värderingar (a.a). Det framgick även att bekräftelse från sjuksköterskan kunde medföra att självförtroendet hos patienterna gradvis stärktes (Hornsten et al., 2005; Svenningsson et al., 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Sökningar av artiklar gjordes i flera omvårdnadsinriktade databaser vilket i enlighet med Henricson (2012) ökar möjligheterna till att hitta material som stämmer överens med studiens syfte. Artiklarna söktes inte enbart i fulltextdatabaser eftersom det inte är förenligt med forskningsetiska principer. I sökningarna användes flera sökord konsekvent vilket minskar risken för att undgå relevant material. Den systematiska sökstrategin skulle kunna innebära en ökad trovärdighet för studien (Wallengren & Henricson, 2012). Då författarna hade begränsad tidsåtgång och erfarenhet av databassökning kan detta ha bidragit till en sämre sökstrategi

vilket kan ha medfört svårigheter i att hitta användbara artiklar. Översättning av sökord från svenska till engelska är en annan faktor som skulle kunnat begränsa antalet sökträffar eftersom översättningen inte alltid är entydig. Genom att hitta synonymer och utveckla sökorden kunde detta i viss mån förhindras. Ett inklusionskriterium var att artiklarna skulle ha ett aktuellt tidsperspektiv vilket där med även kan ha begränsat materialet. En ytterligare begränsning var att materialet skulle belysa upplevelser av stöd i mötet mellan patient och sjuksköterska. Därför exkluderades artiklar som berörde internet- eller telefonbaserat stöd. Artiklar som inte ansågs vara relevanta för studien efter genomläsning av abstract lästes inte i fulltext. Detta kan ha medfört en risk för att användbart material har undgått.

Granskning av artiklarna gjordes efter Röda korsets högskolas granskningsmall som bidrog till att skapa en tydlig och omfattande bild av studiens kvalitet (Rosén, 2012). Användning av en annan granskningsmall skulle kunna medfört att kvalitén hade bedömts annorlunda. Artiklarna granskades individuellt av de båda författarna och diskuterades därefter gemensamt vilket ökar trovärdigheten och minskar risken för tolkning utifrån förförståelse (Karlsson, 2012). En medvetenhet fanns om att språket kan ha feltolkats vid översättning av innehållet. Detta kunde i viss mån förhindras genom noggrann genomläsning och diskussion mellan författarna. Samtliga utvalda artiklar höll tillräckligt god vetenskaplig kvalitet för att ingå i studien. I artikeln av Stenner et al. (2011) erhöll deltagarna en mindre summa pengar vilket inte är förenligt med etiska principer. Då summan betraktades vara låg ansågs den vara erhållen för att täcka eventuella förlorade inkomster i samband med deltagandet. I övrigt höll artikeln god kvalitet och bedömdes tillföra studien betydelsefullt material vilket gjorde att det inte fanns något motiv för uteslutning. Samma artikel hade även ett inklusionskriterium gällande ålder där deltagarna skulle vara över 16 år. Då den yngsta deltagaren var 37 år ansågs den inte utgöra ett hinder för inkludering. Litteraturstudien innehöll artiklar skrivna av samma författare vilket skulle kunna ses som en begränsning av resultatet. Trots detta tolkades det som att artiklarna belyste olika aspekter av stöd och därmed tillförde studien betydelsefullt material.

Analys av material gjordes individuellt och därefter fördes en diskussion för att uppnå samstämmighet. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) ökar studiens tillförlitlighet genom att analys genomförs av mer än en författare. Författarna till denna studie har från

utbildningen erfarenheter av möten med patienter med typ 2-diabetes. Under analysen försökte författarna att medvetandegöra sin förförståelse och reflekterade över att en risk fanns för att den kunde påverka studiens kvalitet och trovärdighet (Olsson & Sörensen, 2011). För att motverka detta skrevs förförståelsen ner innan studien påbörjades och diskuterades fortlöpande under analysens gång. På så sätt försökte författarna att bortse från denna förståelse vilket kan stärka studiens trovärdighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan det finnas svårigheter i att bilda meningsbärande enheter. Allt för långa enheter kan ha olika innebörder och för korta enheter kan enbart innehålla fragment av materialet vilket därmed kan försvåra analysen. Genom att ha detta i åtanke i samband med att de meningsbärande enheterna bildades kunde detta i viss mån undvikas. Vidare nämner Graneheim och Lundman (2004) att kategorisering av material som berör människors upplevelser kan utgöra en svårighet eftersom det inte alltid är möjligt att skapa ömsesidigt uteslutande kategorier. Materialet kategoriserades enligt Langfords et al. (1997) definition av stöd vilket skulle kunna utgöra en risk eftersom författarna kan ha bortsett från andra dimensioner av stöd. Trots detta fanns en öppenhet för olika upplevelser av stöd. Detta har medfört att författarna inte medvetet uteslutit material för att underlätta kategoriseringen. Författarna strävade efter att tydligt beskriva tillvägagångssättet i studien vilket enligt Wallengren och Henricson (2012) kan stärka trovärdigheten och medföra att studien kan göras om på nytt.

Resultatet av studien skulle kunna vara överförbart till en kontext och befolkning som är jämförbar med artiklarnas urval. Då artiklarna studerade patienter från primärvården och sjukhusmottagningar är det främst överförbart till patienter i denna kontext. Eftersom artiklarna gjordes i västvärlden med en majoritet från Sverige är överförbarheten främst giltig i länder med liknande sjukvårdssystem och synsätt på patienten. Denna studie undersökte inte skillnader i upplevelser av sjuksköterskans stöd vad gäller exempelvis kön, ålder och sjukdomsvaraktighet. En medvetenhet fanns om att upplevelser kan variera beroende på dessa faktorer vilket bör finnas i åtanke i samband med eventuell tillämpning av resultatet. Överförbarheten skulle även kunna gälla för andra patientgrupper som har likheter med diabetes så som olika typer av livsstilssjukdomar. Även till dessa patienter är det viktigt att ta hänsyn till att behov och upplevelser av stöd är individuella och att sjuksköterskans stöd därmed behöver anpassas.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av sjuksköterskans stöd vid typ 2-diabetes. Patienternas upplevelser var relaterade till gemensamt engagemang, tillit, lindring av bördan, att bli sedd som en individ, kunskap genom information, dialog, kontroll samt bekräftelse. Två centrala fynd framkom utifrån studiens resultat. Det första fyndet som kommer att diskuteras är patienters upplevelser av att sjuksköterskans stöd bidrog till upplevelsen av att vara delaktig. Upplevelser av att sjuksköterskan tillgodosåg individuella behov utgjorde det andra fyndet som kommer att diskuteras.

Att uppleva delaktighet genom sjuksköterskans stöd var väsentligt. I resultatet beskrevs delaktighet i stödet i relation till olika situationer och sammanhang samt konsekvenser av att inte uppleva delaktighet (Edwall et al., 2008; Hjelm & Berterö, 2009; Hornsten et al., 2005; Moser et al., 2010; Oftedal et al., 2010; Svenningsson et al., 2011). Vidare framkom det att sjuksköterskans förhållningssätt och handlingar påverkade graden av upplevd delaktighet (Hornsten et al., 2005; Moser et al., 2009; Stenner et al., 2011; Svenningsson et al., 2011). Även Eldh, Ekman och Ehnfors (2006) beskriver att sjuksköterskans agerande gentemot patienter har en betydande effekt på upplevd delaktighet. Genom att sjuksköterskan låter patienten medverka när beslut tas, lyssnar samt ger kunskap som är anpassad efter individuella behov kan patienter känna en högre grad av delaktighet. Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) menar även att delaktighet kan upplevas genom att sjuksköterskan tar sig tid för patienten, visar ett genuint intresse samt ger tillräckligt med information för att skapa förutsättningar för patienten att fatta beslut. I artiklarna av Moser et al. (2009) och Stenner et al. (2011) förtydligades att patienter uppfattade det som viktigt att sjuksköterskan har förmågan att kunna föra en givande dialog för att uppleva ett tillfredsställande stöd. Enligt McCabe (2004) behöver sjuksköterskan uppmärksamma individen, vara närvarande, ta sig tid samt vara öppen och ärlig för att patienten ska uppleva en givande dialog. Vidare belyser Eldh, Ekman och Ehnfors (2008) att en bristfällig dialog kan bidra till upplevelser av otillräcklig delaktighet.

Enligt Eldh et al. (2008) kan patienter uppleva att de inte är i delaktiga när sjuksköterskan inte lyssnar eller ger information som inte är anpassad. När stödet inte upplevs vara personcentrerat och istället utgår ifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv kan patienter känna sig otillräckligt delaktiga i vården. Brist på visad respekt för patienten är ytterligare en faktor som kan påverka graden av upplevd delaktighet negativt. Trots att ett flertal studier betonade vikten av att göras delaktig påvisade Mosers et al. (2009) studie att det kan finnas situationer där patienter inte vill vara delaktiga i beslut. Enligt studien av Florin, Ehrenberg och Ehnfors (2006) kan patientens tidigare erfarenheter, resurser samt personliga värderingar påverka i vilken utsträckning personen önskar att vara delaktig. För att kunna ge en god omvårdnad är det viktigt att sjuksköterskan har kännedom om patienten är kapabel att vara delaktig i sin vård (Stryhn 2007).

Delaktighet i vården kan leda till att patienter med typ 2-diabetes motivation för att ansvara för sin sjukdom ökar vilket leder till bättre effekter av behandlingen (Williams, Freedman & Deci, 1998). Omvårdnadsteoretikern Orem (2001) menar att man som sjuksköterska kan skapa en utvecklande miljö för patienten där förutsättningarna för delaktighet och engagemang ökar vilket kan bidra till en god egenvård. Sjuksköterskan ska även i enlighet med Nationella riktlinjer för diabetesvården genom stöd, råd och utbildning optimera patientens möjligheter till delaktighet vilket kan leda till välgrundade egenvårdsbeslut (Socialstyrelsen, 2010).

Upplevelser av att sjuksköterskan tillgodosåg individuella behov var betydande för upplevelsen av ett gott stöd. Vikten av att respekt visades för individuella behov och önskemål belystes i resultatet (Edwall et al., 2008; Hornsten et al., 2005; Moser et al., 2009; Moser et al., 2010; Stenner et al., 2011; Svenningsson et al., 2011). Vidare framhölls att stödet från sjuksköterskan uppfattades som otillräckligt när individens behov inte tillgodosågs. Situationer som när sjuksköterskan tillämpade ett auktoritärt förhållningssätt samt när sjukdomen sågs som viktigare än patienten bidrog till dessa upplevelser (Hornsten et al., 2005; Oftedal et al., 2010; Stenner et al., 2011; Svenningsson et al., 2011). Stewart, BelleBrown, Donner, McWhinney, Oates, Weston och Jordan (2000) menar att när individuella behov tillgodoses kan patientens

hälsotillstånd förbättras och vården kan effektiviseras. Genom att sjuksköterskan ser till individen och hittar en gemensam grund tillsammans med patienten kan sjukdomsbesvär och oro minska samtidigt som den emotionella hälsan förbättras. Hanneke (2006) belyser att det krävs att sjuksköterskan är respektfull mot patienten, uppmärksammar problem och stimulerar till självbestämmande för att kunna ta hänsyn till individuella behov. Detta stärks av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvården (2010) som framhåller att sjuksköterskan ska visa respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar. Även Stryhn (2007) betonar vikten av att respekt visas för patienten samt att sjuksköterskan är lyhörd för individens värderingar och önskemål i omvårdnaden.

Resultatet visade att sjuksköterskans kompetens var betydelsefull för att kunna se patientens individuella behov av stöd (Berterö & Hjelm, 2010; Hjelm & Berterö, 2009; & Moser et al., 2009). Hanneke (2006) och Kinmonth, Woodcock, Griffin, Spiegel och Campbell (1998) belyser att sjuksköterskan ska kunna kommunicera på ett sätt som främjar individens behov. Detta skulle kunna leda till förbättrade upplevelser av behandling och ett ökat välbefinnande samt reducering av ångest hos patienten. Även i enlighet med Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Kvåle och Bondevik (2008) framhåller även betydelsen av att sjuksköterskan lyssnar på patientens egna uppfattningar och värderingar. Stewart et al. (2000) menar att en kommunikation där de individuella behoven är i fokus påverkar hur tillfredställande stödet upplevs. Studier betonade även betydelsen av individuellt anpassad information i mötet med patienten (Moser et al., 2009; Oftedal et al., 2010; Stenner et al., 2011). Detta bekräftas av Kvåle och Bondevik (2008) som menar att information som ges ska vara anpassad efter varje individs enskilda behov. Enligt Nationella riktlinjer för diabetesvården ska sjuksköterskan i sin profession lyssna och sätta sig in i patientens situation för att kunna ge individanpassad information (Socialstyrelsen, 2010).

Genom diskussion av fynden framkom det att individuella behov som tillgodoses är en förutsättning för att patienten ska uppleva delaktighet i omvårdnaden. Detta tyder på att

de två fynden är beroende av varandra och behöver ses som en helhet. Tillgodosedda individuella behov och delaktighet i omvårdnaden är faktorer som har visat sig vara betydande för upplevelsen av ett gott stöd. De två komponenterna är även viktiga för att kunna ge en personcentrerad vård vilket i enlighet med Edvardsson, Winblad och Sandman (2008) har visat sig ha goda effekter vid kroniska sjukdomstillstånd då relationen mellan patient och sjuksköterska påverkas positivt. Genom att sjuksköterskan i sin profession har detta i åtanke skulle förutsättningarna för att individen ska uppleva ett tillfredställande stöd öka. Stöd till patienter som ger redskap till sjukdomshantering och som på sikt bidrar till en förbättrad hälsa skulle kunna minska behovet av sjukvård och därmed minska kostnaderna för samhället.

Slutsats

Litteraturstudien sammanställer tidigare forskning och belyser hur patienter med typ 2-diabetes upplever sjuksköterskans stöd. Resultatet visar att det finns situationer då patienter upplever stödet som bristfälligt vilket stärker betydelsen av att belysa ämnet. Vidare forskning om upplevelser av stöd i samband med specifika situationer anses kunna vara tillförande för fördjupade kunskaper och bidra till att sjuksköterskan kan ge ett tillfredsställande stöd. Behovet av stöd relaterat till kön, ålder och sjukdomsvaraktighet kan variera vilket är ytterligare förslag på vidare forskning.

Studien skulle kunna ha betydelse för sjuksköterskans profession och den enskilda individen. Genom att ämnet belyses kan reflektioner från sjuksköterskan bidra till nya insikter. Sjuksköterskans kunskaper om patienters upplevelser av stöd kan ge kännedom om vilket förhållningssätt som bidrar till ett gott stöd. Ett stöd från sjuksköterskan till patienter som upplevs tillfredsställt efter individens behov skulle kunna ge patienten redskap till sjukdomshantering och ett förbättrat välmående. Detta skulle därmed kunna lindra eller minska förekomsten av eventuella komplikationer.

REFERENSER

*= artiklar som ingår i resultatet.

Adamson, U., Lins, P. E. & Toft, E. (2010). Insulinbehandling. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.178-201). Stockholm: Liber.

Agardh, C. (2010). Mikroangiopati. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.307-313). Stockholm: Liber.

Ajanki, T. (1999). *Historien om diabetes och insulinets upptäckt*. Sundbyberg: Svenska diabetesförbundet.

Arend, I.J.M. van den., Stolk, R.P., Krans, H.M.J., Grobbee, D.E., & Schrijvers, A.J.P. (2000). Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 187-194. Hämtad från databasen ScienceDirect with Full Text.

Berne, C. & Sörman, E. (2010). Egenvård. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.209-220). Stockholm: Liber.

* Berterö, C. & Hjelm, K. (2010). Social support as described by foreign-born persons diagnosed with type 2 diabetes mellitus and living in Sweden. *Nursing and Health Sciences*, 12(4), 507-514. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00569.x

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Charles, C., Whelan, T. & Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319(7212), 780-782. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.

Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. Från <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/38/5/300.full.pdf+html>

Edvardsson, D., Vinblad, B. & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol*, 7(4), 362-367. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2

* Edwall, L.-L., Hellström, A.-L., Öhrn, I. & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x

Eldh, A.C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503-514. doi:10.1191/0969733006nej898oa

Eldh, A.C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, 11(3), 263-271. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x

Eliasson, B. & Nilsson, P. (2010). Behandling med perorala antidiabetika. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.162-177). Stockholm: Liber.

Florin, J. Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurse's and patient's perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1498-1508. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x

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

Groop, L., Lyssenko, V. & Renström, E. (2010). Orsaker till typ 2-diabetes. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.102-108). Stockholm: Liber.

Hanneke, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62(3), 291-298. doi: 10.1016/j.pec.2006.06.012

Hayes, E., McCahon, C., Reeve Panahi, M., Hamre, T. & Pohlman, K. (2008). Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(2008), 155-162. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00297.x

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

* Hjelm, K. & Berterö, C. (2009). Social support as described by Swedish people diagnosed with type 2 diabetes mellitus. *Primary Health Care Research & Development*, 10(1), 26-37. doi: 10.1017/S1463423608000923

* Hornsten, A., Lundman, B., Kihl Selstam, E. & Sandstrom H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 609-617. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

International Diabetes Federation. (2012). *IDF DIABETES ATLAS, 5th edition*. Hämtad 5 februari, 2013, från International Diabetes Federation, http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/5E_IDFAtlasPoster_2012_EN.pdf?utm_medium=email&utm_campaign=IDF%20Diabetes%20Atlas%202012%20Update&utm_content=IDF%20Diabetes%20Atlas%202012%20Update+Preview+CID_720a5262162f1f585ba9fc8ca39fef30&utm_source=campaignmonitor&utm_term=English

Johansson, U. B. & Leksell, J. (2010). Psykosociala aspekter. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.449-459). Stockholm: Liber.

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Kinmonth, A. L., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegel, N. & Campbell, M. J. (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *British Medical Journal*, 317(7167), 1202-1208. Hämtad från databasen Academic Search Elite with Full Text.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kvåle, K. & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 582-589. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00579.x

Langford, C.P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P. & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Sjöström, B., Lindencrona, C.S.C. & Plos, K.A.E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-320. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00471.x

Lindholm, E. (2010). Definition, diagnostik och klassificering. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.17-29). Stockholm: Liber.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x

* Moser, A., Houtepen, R., Bruggen, H. van der., Spreeuwenberg, C. & Widdershoven, G. (2009). Autonomous decision making and moral capacities. *Nursing Ethics*, 16(2), 203-218. doi: 10.1177/0969733008100080

* Moser, A., Houtepen, R., Spreeuwenberg, C. & Widdershoven, G. (2010). Realizing autonomy in responsive relationships. *Med Health Care and Philos*, 13(3), 215-223. doi: 10.1007/s11019-010-9241-8

Nilsson, J. (2010). Makroangiopati. I C. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s.370-377). Stockholm: Liber.

* Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500-1509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Missouri: Mosby.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.429-444). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

* Stenner, K.L, Courtenay, M. & Carey, N. (2011). Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 37-46. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.006

Stewart, M., BelleBrown, J., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W. & Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804. Hämtad från databasen Academic Search Elite with Full Text.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

* Svenningsson, I., Gedda, B. & Marklund, B. (2011). Experiences of the encounter with the diabetes team—A comparison between obese and normal-weight type 2 diabetic patients. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 58-62. doi:10.1016/j.pec.2010.04.003

Toljamo, M. & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 618-627. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00520.x

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.481-496). Lund: Studentlitteratur.

Williams, G.C., Freedman, Z.R. & Deci, E.L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Östlundh, L. (2006). Informationsökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
23/1	CINAHL	Diabetes type 2 AND patient AND support AND experience	2003-2013, English language, peer reviewed, human	Abstract, abstract, abstract, abstract	13	Svarar inte mot syftet	The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes
29/1	CINAHL	Type 2 diabetes AND communication AND patient AND qualitative	2003-2013, English language, peer reviewed, human	Abstract, abstract, abstract, abstract	6	Svarar inte mot syftet	Patient satisfaction with diabetes care
29/1	CINAHL	Perceive* AND healthcare AND type 2 diabetes	2003-2013, English language, peer reviewed, human	Fritext, fritext, fritext	19	Svarar inte mot syfte	Perceived support from health care practitioners among adults with type 2 diabetes
5/2	PsycINFO	Diabetes type 2 AND support OR coaching AND perceive*	2003-2013, English, peer reviewed	Abstract, abstract, abstract, abstract	61	Svarar inte mot syftet, utgår inte från ett patientperspektiv, kvantitativa studier, 1 artikel redan utvald	Social support as described by Swedish people diagnosed with type 2 diabetes mellitus
8/2	PsycINFO	Diabetes type 2 AND support AND patient experience*	2003-2013, English, peer reviewed	Abstract, abstract, abstract	38	Svarar inte mot syftet, 1 artikel redan utvald	Experience of the encounter with the diabetes team- A comparison between obese and normal-weight type 2 diabetic patients
8/2	CINAHL	Diabetes type 2 AND nurse AND support AND patient	2003-2013, English language, peer reviewed,	Abstract, abstract, abstract, fritext	20	Svarar inte mot syftet, 1 artikel	Autonomous decision making and moral

			human			redan utvald	capacities
8/2	CINAHL	Type 2 AND diabetes mellitus AND support	2003-2013, English language, peer reviewed, human	Abstract, abstract, abstract	77	Svarar inte mot syfte, specifik etnisk grupp, kvantitativa studier	Social support as described by foreign-born persons diagnosed with type 2 diabetes mellitus and living in Sweden
12/2	CINAHL	Diabetes AND patient AND qualitative AND view* AND management	2003-2013, English language, peer reviewed, human	Fritext, fritext, fritext, fritext, fritext	33	Svarar inte mot syftet, 1 artikel redan vald	Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patients views
11/4	PubMed	Support AND type 2 AND diabetes AND relation*	2003-2013	Abstract, abstract, abstract, abstract	71	Svarar inte mot syftet, utgår från läkares perspektiv, studie gjord i Australien, kvantitativa studier	Realizing autonomy in responsive relationships

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Berterö, C. & Hjelm, K. Sverige. 2010.	Social support as described by foreign-born persons diagnosed with type 2 diabetes mellitus and living in Sweden.	Syftet med studien var att utforska och förklara innebörden av stöd och dess inverkan på livssituationen för utlandsfödda personer diagnostiserade med typ 2-diabetes mellitus, som bor i Sverige, i relation till kön, ålder och varaktighet av sjukdom.	34 deltagare från primärvården och en sjukhusmottagning. 24 män och 10 kvinnor. Inklusionskriteriet var personer över 18 år, utlandsfödda och diagnostiserade med typ 2-diabetes. Semi-strukturerade intervjuer.	Intervjuerna genomfördes i 60-90 minuter utanför en sjukhusmottagning i ett avskilt rum. Intervjuerna innehöll tre öppna frågor som spelades in på band för ordagrann transkribering. Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet presenterades i följande två kategorier: <i>1. Meaning of support.</i> Stöd upplevdes bl.a. som information kring egenvård. Patienter önskade att ssk hade en helhetssyn och inte bara fokuserade på sjukdomen. <i>2. Support influencing the entire life situation when one has diabetes mellitus.</i> Upplevelser av att stöd saknades i samband med diagnos. Då stöd gavs upplevdes det adekvat, informativt samt emotionellt. Betonar även vikten av kompetent personal.	Beskriver tillvägagångssätt, urval och analys väl. Deltagarna valdes ut av personal vilket kan innebära en svaghet. Intervjufrågor var testade i tidigare studier vilket ökar tillförlitligheten. Vid intervjuer deltog en tolk vid behov vilket stärker studiens kvalitet. Analys genomfördes av två forskare oberoende av varandra. Har erhållit etiskt godkännande. Deltagare erbjöds kontakt efter intervjuer vilket tar hänsyn till etiska principer. Hög kvalitet.
Edwall, L-L., Hellström, A-L., Öhrn, I. & Danielson,	The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-	Syftet var att belysa patienter med typ 2-diabetes erfarenheter av diabetes	20 deltagare från primärvården ingick med lika fördelning av män och kvinnor. Inklusionskriteriet var personer över 30 år,	Intervjuerna genomfördes i 35-90 minuter i patientens hem eller på någon av de två vårdcentralerna. En öppen fråga ställdes med följdfrågor. Intervjuerna spelades in på band	Resultatet presenterades i följande fyra teman: <i>1. Being confirmed.</i> Innefattar en relation där man blir sedd som en unik person, betrodd samt lyssnad på. Att bli	Tydlig beskrivning av tillvägagångssättet i metoden. Ändamålsenligt urval, jämn könsfördelning samt

E. Sverige. 2008.	ups, as narrated by patients with type 2 diabetes.	specialistsjuks köterskans regelbundna kontroller.	diagnos i minst 3 månader, HbA1c över 5,3, insulin-, tablett-, eller kostbehandlade samt erfarenheter av diabetes ssk kontroller. Minst 5 deltagare skulle ha tidigare erfarenhet av fotproblem. Narrativa intervjuer.	för ordagrann transkribering. Analys enligt fenomenologisk hermeneutik i tre steg: förutsättningslös läsning, strukturerad analys samt tolkning av texten i sin helhet.	bekräftad var viktigt för sjukdomshantering. <i>2. Being guided within the disease process.</i> Omfattar kunskap som är viktig för sjukdomshantering. Stöd bidrog till ökat självförtroende och motivation. Regelbundenhet och delaktighet var väsentligt i behandlingen. <i>3. Becoming confident and independent.</i> Inkluderar känslor av självständighet och oberoende vilket var viktigt för upplevelser av sjukdomskontroll. Regelbundet stöd underlättade egna beslut. <i>4. Being relieved.</i> Genom stöd i sin sjukdom kunde känslor av ensamhet och oro lindras. Ett gott samarbete bidrog till att patienten kände sig säker i sitt ansvar för sjukdomen och underlättade målsättningar.	olika behandlingsmetoder stärker även trovärdigheten. Studiens design är relevant för att nå upplevelser. En tidigare pilotstudie var gjord vilket stärker tillförlitligheten i tillvägagångssättet. Har erhållit etiskt godkännande. Forskarna diskuterade sitt tillvägagångssätt där de var medvetna om att förförståelse kunde utgöra en risk. Hög kvalitet.
Hjelm, K. & Berterö, C. Sverige. 2009.	Social support as described by Swedish people diagnosed with type 2 diabetes mellitus.	Syftet var att identifiera och beskriva betydelsen av stöd (inkluderat behovet och önskan av stöd) och påverkan på livssituationen hos personer diagnostiserade med typ 2-	40 deltagare från en specialistklinik ingick. 24 män och 16 kvinnor. Inklusionskriteriet var personer över 18 år, svenskfödda och diagnostiserade med typ 2-diabetes. Semi-strukturerade intervjuer.	Intervjuerna genomfördes i 60-90 minuter utanför specialistkliniken i ett avskilt rum. Tre öppna frågor ställdes. Intervjuerna spelades in på band för ordagrann transkribering. Kvalitativ innehållsanalys. Analyserades deduktivt - induktivt.	Resultatet presenterades i följande tre kategorier: <i>1. Meaning of the concept of support/social support.</i> Beskriver betydelsen av stöd i relation till informativt och känslomässigt stöd. Stöd upplevdes som en känsla av säkerhet och främjar förmågan till egenvård. <i>2. Influence of support on the entire life situation when one has diabetes.</i> Stöd upplevdes vara bristfälligt i	Väl genomförd metod som ger en tydlig bild av tillvägagångssättet. Deltagarna valdes ut av personal vilket kan innebära en svaghet. Intervjufrågor testades innan studien vilket ökar tillförlitligheten. Två forskare analyserade materialet enskilt vilket stärker

		diabetes i relation till kön, ålder och varaktighet av sjukdom.			samband med diagnos. <i>3. Support needed and desired when one has diabetes.</i> Betonar vikten av kompetent personal.	trovärdigheten. Har erhållit etiskt godkännande. Hög kvalitet.
Hornsten, A., Lundman, B., Kihl Selstam, E. & Sandstrom, H. Sverige. 2005.	Patient satisfaction with diabetes care.	Syftet med studien var att belysa patienters erfarenheter och reflektioner kring det kliniska mötet berättat av personer med typ 2-diabetes i Sverige.	44 deltagare från primärvården. 23 män och 21 kvinnor. Inklusionskriteriet var åldern 40-80 år, svensktalande och diagnostiserade med typ 2-diabetes i minst 2 år. Narrativa intervjuer.	Intervjuerna genomfördes i 60-90 minuter i deltagarens hem eller på deras arbetsplats. Inleddes med en öppen fråga med följdfrågor. Intervjuerna spelades in på band för ordagrann transkribering. Kvalitativ innehållsanalys. Analys gjordes latent och manifest.	Resultatet presenterades i fem teman som delades in i tillfredsställande eller otillfredsställande upplevelser. <i>1. Being in agreement VS. in disagreement about the goals.</i> Accepterande av patientens mål gav tillfredsställelse. Ssk som angav patientens mål bidrog till otillfredsställelse. <i>2. Being autonomous and equal VS. forced into adaptation and submission.</i> Respekt gav tillfredsställelse. Ottillfredsställelse upplevdes när ssk försökte förändra patientens livsstil. <i>3. Feeling worthy as a person VS. feeling worthless.</i> Respekt för erfarenheter och människovärde gav tillfredsställelse. Ottillfredsställelse upplevdes då en auktoritär attityd tillämpades. <i>4. Being attended to and feeling welcome VS. ignored.</i> Ett bra bemötande gav tillfredsställelse. Ett icke gott bemötande bidrog till otillfredsställelse. <i>5. Being safe and confident VS. unsafe and lacking confidence.</i> Tillfredsställande möten gav säkerhet. Ottillfredsställande möten gav förtroendebrist.	Väl beskriven metod med tydlig beskrivning av tillvägagångssättet. Vald design är lämplig för studiens syfte. Hög tillförlitlighet vilket kan göra resultatet överförbart. Har erhållit etiskt godkännande. Hög kvalitet.

<p>Moser, A., Houtepen, R., van der Bruggen, H., Spreuwenberg, C. & Widdershoven, G. Nederländerna. 2009.</p>	<p>Autonomous decision making and moral capacities.</p>	<p>Syftet med studien var att analysera patientens perspektiv av en beslutsfattande process relaterat till patient autonomi och, baserat på dessa perspektiv identifiera moraliska kapaciteter som sjuksköterskor behöver för att främja patient autonomi.</p>	<p>15 deltagare från primärvården. Inklusionskriteriet var äldre vuxna, diagnostiserade med typ 2-diabetes i minst ett år, stabilt men komplext hälsotillstånd, hemmaboende oberoende av hjälp, inskriven i minst ett år inom primärvården, kapabel att genomföra intervju i 90 minuter samt inte ha kognitiva nedsättningar eller allvarliga geriatriska symtom (diagnos av läkare). Intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes i cirka 90 minuter. Intervjuerna inleddes med öppna frågor med följdfrågor. Intervjuerna spelades in på band för ordagrann transkribering. Analys enligt Grounded Theory och en sekundär analys enligt hermeneutisk textanalys.</p>	<p>Resultatet presenterades i två delar med kategorier. Den första delen utgör analys enligt GT och den andra utgör analys enligt hermeneutik. <i>Findings I: Decision-making processes.</i> Vad som var viktigt för självbestämmande i beslutsfattandet. <i>Self-determination.</i> För att fatta egna beslut behövde patienten information från ssk. <i>Shared decision making.</i> Patienter önskade att de kunde anförtro sig till ssk och få anpassad information. Patienter upplevde att det tar tid innan samstämmighet kunde uppnås i relationen. <i>Welcomed paternalism.</i> Då patienten önskade att ssk fattade beslut. <i>Finding II: DSNs' required moral capacities.</i> Moraliska kapaciteter hos ssk som främjade autonomi. <i>First-order moral capacities.</i> Ssk behövde visa engagemang, bedöma behov och önskningar samt vara flexibel i sitt förhållningssätt. <i>Second-order moral capacities.</i> Ssk behövde uppdaterad kunskap, ge information, känna av situationen samt vara uppriktig. Andra kompetenser var vägledning och att känna till livssituation.</p>	<p>Tydlig beskrivning av tillvägagångssätt. Beskrivning av hur deltagare valdes är något bristfällig. Redovisning av könsfördelning och ålder saknas. Trovärdigheten stärks genom att författarna diskuterade sin medvetenhet om förförståelse. Har erhållit etiskt godkännande. Medelhög kvalitet.</p>
<p>Moser, A., Houtepen, R.,</p>	<p>Realizing autonomy in responsive</p>	<p>Syftet med studien var att identifiera</p>	<p>15 deltagare från primärvården. Inklusionskriteriet var</p>	<p>Intervjuerna genomfördes i cirka 90 minuter i patientens hem. Intervjuerna inleddes med öppna</p>	<p>Resultatet presenterades i tre kategorier varav en var relevant för studiens syfte.</p>	<p>Tydlig beskrivning av tillvägagångssättet vilket stärker</p>

<p>Spreuwenberg, C. & Widdershoven, G. Nederländerna. 2010.</p>	<p>relationships.</p>	<p>vilka problem som behöver belysas för att stödjande patientautonomin i diabetesvården från sjuksköterskan och att utarbeta rekommendationer för att främja patientens autonomi på individ- och politisk nivå.</p>	<p>äldre vuxna, diagnostiserade med typ 2-diabetes i minst ett år, stabilt men komplext hälsotillstånd, hemmaboende oberoende av hjälp, inskriven i minst ett år inom primärvården, kapabel att genomföra intervju i 90 minuter samt inte ha kognitiva nedsättningar eller allvarliga geriatriska symtom (diagnos av läkare). Intervjuer.</p>	<p>frågor med följdfrågor. Intervjuerna spelades in på band för ordagrann transkribering. Analys enligt Grounded Theory.</p>	<p><i>1. Preserving patterns of concern and interaction.</i> Bekräftelse i samspelet upplevdes som viktigt. Bekräftelse kunde upplevas verbalt eller icke verbalt samt fysiskt i samband med omvårdnadsåtgärder. I kommunikationen med ssk upplevde patienten att ansvarsområden tydliggjordes så att patienten kunde agera utifrån detta.</p>	<p>trovärdigheten. Könsfördelning och ålder presenteras inte i studien. En svaghet är att förförståelse inte redovisas. Hänsyn tas till deltagarnas rättigheter och villkor. Har erhållit etiskt godkännande. Medelhög kvalitet.</p>
<p>Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. Norge. 2010.</p>	<p>Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hur vuxna med typ 2-diabetes uppfattar olika aspekter av stöd som ges av hälso- och sjukvårdspersonal och hur olika aspekter kan påverka människors motivation till sjukdomshandling.</p>	<p>19 deltagare från primärvården, mottagning på universitetssjukhus och en lokal diabetes förening. 12 män och 7 kvinnor. Inklusionskriteriet var åldern 30-65 år, norsktalande samt en sjukdomsvaraktighet i minst ett år (mer än fem år inom diabetesföreningen). Fokusgruppsintervjuer.</p>	<p>Tre fokusgrupper. Intervjuerna genomfördes i två sessioner som totalt varade i fyra timmar. Mellan fem och sju personer i varje fokusgrupp med fördelning av båda könen. Öppna frågor ställdes som följdes av mer specifika frågor. Intervjuerna spelades in på band för ordagrann transkribering. Kvalitativ innehållsanalys. Analys gjordes latent och manifest.</p>	<p>Resultatet presenterades i följande fem teman: <i>1. An empathetic approach.</i> Belyste empati som en viktig komponent för patientens motivation. Brist på empati upplevdes som att hänsyn inte togs till individuella behov. <i>2. Practical advice and information.</i> Praktiska råd kunde öka motivationen. Råd som gavs skulle vara individuellt anpassade. <i>3. Involvement in decision-making.</i> Önskemål om att både ssk och patienten själv var involverad i beslutsfattande. Ignorant personal medförde</p>	<p>Väl beskriven metod med tydligt tillvägagångssätt. Val av deltagare från primärvården, sjukhusmottagning samt diabetes föreningen var ojämnt fördelat. Urvalet ger trots det en varierande bredd för studien. Trovärdigheten stärks genom att intervjufrågorna testades innan studien gjordes. Forskarna strävade efter att vara konsekventa i varje fokusgrupp. Forskarna reflekterar</p>

					<p>negativa konsekvenser för patienten.</p> <p>4. <i>Accurate and individualized information.</i></p> <p>Information önskades vara noggrann. Okonsekvent information bidrog till att patienten inte litade på givna råd.</p> <p>5. <i>Ongoing group-based support</i></p> <p>Upplevelser av att känna sig ensam efter första mötet med ssk.</p>	<p>över sitt tillvägagångssätt. Studien har erhållit etiskt godkännande.</p> <p>Hög kvalitet.</p>
<p>Stenner, K.L., Courtenay, M. & Carey, N. Storbritannien. 2011.</p>	<p>Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patients views.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka patienter med diabetes syn på sjuksköterskan med forskrivningsrådet.</p>	<p>41 deltagare från primärvården ingick. 26 män och 15 kvinnor. Inklusionskriteriet var patienter över 16 år, diagnostiserade med typ 1- eller 2-diabetes (39 av 41 patienter hade typ 2) samt ha ordinerats medicin genom sjuksköterskan.</p> <p>Semi-strukturerade intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes i 30-40 minuter på patientens vårdcentral. Intervjuerna spelades in på band för ordagrann transkribering. Deltagarna erhöll £10 för utgifter.</p> <p>Analys enligt kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet presenterades i följande 3 teman med subteman:</p> <p>1. <i>Nurse consultation style.</i></p> <p>Upplevelser av ssk rådgivning. <i>Care and rapport.</i> Ssk lyssnade och visade ett genuint intresse. <i>Continuity.</i> Träffade samma ssk över tid. <i>Clear and understandable information.</i> Ssk förmåga att kommunicera påverkade informationen. <i>Broad consultation.</i> Patienten ville att Ssk skulle ha en helhetsbild av hälsotillståndet. 2. <i>Benefits of nurse prescriber consultations.</i> Vad patienter tyckte var fördelaktigt med ssk rådgivning. <i>Asking questions and solving problems.</i> Ssk attityd medförde att patienterna vågade fråga. <i>Improved understanding.</i> Ssk tid för diskussion gav ökad förståelse. <i>Advice and treatment that fits the patient.</i> Information och råd var anpassade. <i>Reciprocation and control.</i> Visat intresse bidrog till att patienten</p>	<p>Tydlig beskrivning av tillvägagångssätt och urval. Yngsta informanten var 37 år trots inklusionskriteriet gällande ålder. Trovärdigheten stärks av att mer än en forskare analyserade materialet. Genomförande av analys diskuterades. Studiens design är relevant för att nå upplevelser. Deltagarna fick en mindre ersättning för utgifter vilket inte tolkades påverka trovärdigheten. Har erhållit etiskt godkännande.</p> <p>Hög kvalitet.</p>

					blev involverad i förbättring av hälsa. 3. <i>Views on involvement in decision-making</i> . Behov av stöd kunde öka under övergångsperioder.	
Svenningsson, I., Gedda, B. & Marklund, B. Sverige. 2011.	Experience of the encounter with the diabetes team – A comparison between obese and normal – weight type 2 diabetic patients.	Syftet med studien var att undersöka om det finns några skillnader mellan överviktiga och normalviktiga typ 2-diabetes patienters upplevelser och beteenden i deras möte med diabetes teamet.	28 deltagare från 12 instanser inom primärvården ingick med lika fördelning av män och kvinnor. Inklusionskriteriet var personer mellan 30-75 år samt ett BMI mellan 18,5-40. Intervjuer.	Intervjuerna genomfördes i 20-60 minuter i patientens hem, på någon av de 12 vårdcentralerna eller på forskningsenheten. Analys enligt kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet presenterades i följande två huvudkategorier där man jämförde normalviktiga och överviktigas upplevelser. Huvudkategorierna delades in i subkategorier. <i>1. Encounters from a health care perspective</i> . Definierades som när personal agerade utifrån ett vårdperspektiv. <i>Being stuck</i> . Faktorer från personal som hindrade individen att komma framåt i behandlingen. <i>Defiance</i> . Attityder från personal bidrog till strategier för att återfå kontroll. <i>To be left</i> . Patientens känsla av att vara ensam i sin sjukdom trots stöd från personal. <i>Confusion</i> . Information från olika personal skiljde sig och skapade förvirring. 2. <i>Encounters from the perspective of the individual</i> . Definierades som stöd från personal som skapade känslor av kontroll hos patienten. <i>Security</i> . Kommunikation som bidrog till ett bra samspel vilket skapade en känsla av säkerhet och hanterbarhet. <i>Emotional support</i> . Stöd bidrog till ökat självförtroende. <i>Security</i> . Kunskap som gavs bidrog till säkerhet och förståelse.	Något begränsad beskrivning av tillvägagångssättet vid intervjuerna. Studiens urval beskrivs väl, jämn könsfördelning samt deltagare från olika instanser. Trovärdigheten stärks genom att analysen har diskuterats med andra i forskningsteamet. Studien har erhållit etiskt godkännande. Styrker sitt resultat med relevant litteratur. Hög kvalitet.

					<i>Emotional support.</i> Personalens bemötande skapade en känsla av trygghet och hade en avlastande roll.	
--	--	--	--	--	--	--

Bilaga 3

Granskningsmall

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar Röda Korsets Högskola CF, ÅK November, 2005

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

Börja med slutet! 1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	Egna anteckningar
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	
4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)? b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium? c) <u>Urval</u> (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper". d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)? e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien? f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?	

- g)** Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?
- h)** Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?
- i)** På vilket sätt analyserades materialet (statistiska metoder, begreppsanalys, viss tolkningsmetod etc)?
- j)** Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?
- k)** Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?
- l)** Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?
- m)** Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?
- n)** Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?

5. Resultat (eng. Results, Findings)

- a)** Beskriv resultaten av undersökningen.
- b)** Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.
- c)** Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?

6. Diskussion och/eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)

Läs nu diskussion och konklusion igen.

- a)** Vilka slutsatser drar forskaren?
- b)** Vilka begränsningar diskuterar forskaren?
- c)** Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.
- d)** Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?

7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)

- a)** Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?
- b)** Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?
- c)** Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.

8. Sammanfattande helhetsbedömning

- a)** Syftet: varför har undersökningen gjorts?
- b)** Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?
- c)** Kvaliteten: hur bra anser du att undersökningen är?
- d)** Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?