

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2024:107

”Det är inte bara att titta på ett HbA1c och prata mat, det  
är så mycket mer” -  
diabetessköterskans erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i  
primärvården

KAJSA EMANUELSSON

EMILIA FRED



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel:	”Det är inte bara att titta på ett HbA1c och prata mat, det är så mycket mer” - diabetessköterskans erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården
Författare:	Kajsa Emanuelsson Emilia Fred
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska
Handledare:	Caroline Bäckström
Examinator:	Wivica Kauppi

## Sammanfattning

Diabetes typ 2 är en växande folksjukdom både nationellt och globalt. Sjukdomen kan förebyggas och i många fall behandlas med livsstilsåtgärder. Distriktssköterskans främsta arbetsuppgift är att arbeta hälsofrämjande och förebyggande och har därför en viktig roll i vården av dessa patienter. Primärvården besitter huvudansvaret för vården av patienter med diabetes typ 2. Studier visar att delaktighet, individanpassning och stöd till egenvård är grundläggande för en god och jämlik diabetesvård. Studier visar också att det finns stora skillnader i hur diabetessköterskans roll är utvecklad runt om i världen. Syftet var att beskriva diabetessköterskans erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården. En kvalitativ metod med induktiv ansats tillämpades genom semistrukturerade enskilda intervjuer för att besvara studiens syfte. Totalt intervjuades nio distriktssköterskor och sjuksköterskor med vidareutbildning inom diabetesvård. Resultatet visar att diabetessköterskan har en mångfacetterad roll som med tiden har förändrats. Att skapa förutsättningar för teamsamverkan och ge möjlighet att ha en regelbunden kontakt med patienterna med diabetes typ 2 ser diabetessköterskorna som betydelsefullt för att ge en god vård. Vikten av att utgå från patientens livssituation och att ge förutsättningar till att ta hand om sin sjukdom för att främja hälsa, välbefinnande och förbättrad sjukdomsutveckling ses positivt för den enskilde patienten såväl som för folkhälsan vilket kan främja en hållbar utveckling.

Nyckelord: *Vårdande, delaktighet, diabetes typ 2, distriktssköterska, diabetessköterska, hälsofrämjande vård, primärvård, kvalitativ metod.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Sammanfattning</i>	2
<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	3
<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete</b>	1
<b>Primärvårdens uppdrag</b>	2
Diabetesvård	2
<b>Diabetessköterskans vårdande roll vid diabetes typ 2</b>	3
<b>Teoretisk utgångspunkt</b>	4
Vårdande som stödjer och stärker hälsa och välbefinnande	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	5
<b>SYFTE</b>	5
<b>METOD</b>	6
<b>Design</b>	6
<b>Urval</b>	6
<b>Datainsamling</b>	7
<b>Analys</b>	7
<b>Förförståelse</b>	8
<b>Forskningsetiska överväganden</b>	9
<b>RESULTAT</b>	9
<b>En mångfacetterad roll</b>	10
Ett stort ansvar och ökade krav	10
Betydelsen av fungerande teamsamverkan	11
Konsekvensen av resursbrist	12
<b>Det vårdande mötet</b>	13
Utgå från patientens livssituation	13
Ge förutsättningar till delaktighet och till att ta hand om sin sjukdom	14
<b>DISKUSSION</b>	15
<b>Metoddiskussion</b>	15
<b>Resultatdiskussion</b>	18
<b>SLUTSATSER</b>	21
<b>Kliniska implikationer</b>	21
<b>Förslag till vidare forskning</b>	21
<b>REFERENSER</b>	22
<b>Bilaga 1. Deltagarbrev och samtycke</b>	26
<b>Bilaga 2. Intervjuguide</b>	29

# INLEDNING

Diabetes typ 2 är en folksjukdom som ökar i Sverige och allt fler av de som insjuknar är yngre personer. De främsta bidragande orsakerna till sjukdomsutvecklingen ses vara den tilltagande förekomsten av fetma som orsakas av ohälsosamma levnadsvanor och en stigande medellivslängd (Svenska Diabetesförbundet 2024a). Liknande utveckling av sjukdomsprevalensen ses även globalt. Livsstilsförändringar i form av hälsosam kost, regelbunden fysisk aktivitet och rökstopp är faktorer som kan behandla och förebygga sjukdomen (WHO 2024a). Det grundläggande i distriktssköterskans profession är att främja hälsa och förebygga sjukdom därmed föreligger en betydande roll i vården av patienter med diabetes typ 2 (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2019). Ansvaret för behandlingen av sjukdomen beskrivs vara delat mellan primärvården och patienten (Svenska Diabetesförbundet 2024b). I distriktssköterskans vårdande är det av stor vikt att ge patienten förutsättningar till att bli delaktig för att kunna ta sin del av ansvaret. I och med att distriktssköterskan har en betydande och central roll i vårdandet av patienter med diabetes typ 2 väcker det ett stort intresse att studera ämnet vidare.

# BAKGRUND

## Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2019) beskriver hälsofrämjande vård som ett grundläggande perspektiv vilket skall genomsyra distriktssköterskans arbete såväl på individ, grupp och samhällsnivå. Distriktssköterskan har en viktig roll i att stödja och stärka patientens egna resurser samt att i dialog utforma en individuell planering av vård och behandling. Patientutbildning är av stor vikt för att göra patienten och anhöriga delaktiga och skapa möjlighet till att ta eget ansvar och beslut om sin vård. Det ingår även i professionen att vara väl förtrogen med hur socioekonomiska och kulturella skillnader kan påverka individens förutsättningar till att uppnå hälsa. Lundin Gurné, Lidén, Jakobsson och Björkman (2021) beskriver i sin forskning att distriktssköterskor upplever en förändring från att tidigare varit mer tillgänglig på ett förebyggande sätt i samhället till att nu vara stationerad på en fast plats där vård uppsöks först när sjukdom uppkommit. Vidare framkom av distriktssköterskorna att hälsosamtal som erbjöds i hälsofrämjande syfte var ett gynnsamt forum för förebyggande vård. De upplevde att hälsosamtalen många gånger fick åsidosättas för direkta sjukvårdsinsatser. I den förebyggande vården såg sig distriktssköterskan ha en utbildande, stödjande och rådgivande roll där nyckelfaktorer var kontinuitet och ett delat ansvar med patienten för att uppnå hälsa. Lundberg, Jong, Jong C och Porskrog Kristiansen (2020) beskriver vad patienter efterfrågar i vårdandet av distriktssköterskan vid hälsofrämjande insatser. Att bli bemött på ett förstående sätt utan att bli skuldbelagd ansågs viktigt. Ett öppet klimat där alla frågor bemöts med respekt och en jämlik relation där patienten inte upplevde sig underlägsen. Närvaro, entusiasm och intresse var egenskaper hos distriktssköterskan patienterna efterfrågade i vårdandet. Lundin Gurné et al. (2021) beskriver skillnader mellan patienters uppfattningar om hur de önskade involveras i vården av distriktssköterskan. Övervägande del av patienterna ville involveras i sin vård för att få kunskap och redskap till att själva kunna påverka sjukdomsförloppet. Andra hade

inställningen att de ville involveras så lite som möjligt och lämnade ansvaret för deras ohälsa till distriktssköterskan.

## **Primärvårdens uppdrag**

Primärvården har ett övergripande uppdrag för all grundläggande vård och är den första instansen som invånarna ska kontakta vid behov av sjukvård. Vidare beskrivs att primärvården har ett huvudansvar i att arbeta hälsofrämjande och att motverka sjukdom. Vården som bedrivs i primärvården ska integreras av att främja sunda levnadsvanor och stödja resurser till egenvård. Det skiljer sig i Sverige vad varje region har för krav på primärvårdens uppdrag och utifrån vilka riktlinjer vården ska utgå från. Gemensamt är att all vård oavsett region följer hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Några regioner har beslutat om högre krav gällande vård av vissa kroniska sjukdomar (Socialstyrelsen 2016, s. 10, 24). Västragötalandsregionen har krav på att primärvården ska arbeta sjukdomsförebyggande utifrån de nationella riktlinjerna. Det finns beskrivet i de regionala riktlinjerna att det ska bedrivas en högkvalitativ vård med god tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar så som astma, KOL och diabetes typ 2. Förutom läkarkontakt ska dessa patienter erbjudas regelbunden kontakt med specialistutbildad sjuksköterska som har påbyggnadsutbildning med 15 högskolepoäng inom respektive ämne (Västragötalandsregionen 2024, s. 34). Primärvården besitter huvudansvaret för vården av patienter med diabetes typ 2, vilket inkluderar medicinsk uppföljning och förebyggande vård för att motverka komplikationer av sjukdomen.

## **Diabetesvård**

Diabetesvården i primärvården styrs och bedrivs utifrån nationella riktlinjer framtagna av Socialstyrelsen. Rekommendationerna gäller diabetesvård för vuxna och är framtagna för att sträva efter en god och jämlik vård. Områden som berörs i riktlinjerna är förebyggande vård, livsstilsåtgärder, blodsockerkontroll, diabeteskomplikationer så som hjärt- och kärlsjukdom samt ögon och njurskador. Vidare beskrivs omvårdnad som ett centralt område vilket ska ombesörja patientundervisning, individanpassad vård och stöd till egenvård. Dessa faktorer ger förutsättningar hos patienten till att hantera sin sjukdom som kan förbättra sjukdomsprognos och öka livskvalitén. Att anpassa vården efter patientens erfarenheter, förutsättningar och önskemål är grundläggande för att patienten ska känna sig delaktig och bli följsam till sin vård. Patienter med en svårreglerad diabetessjukdom ska erbjudas tätare besök och uppföljning för att stärka möjligheten till förbättrad sjukdomsprognos. I riktlinjerna finns utförliga beskrivningar gällande indikatorer och målvärden för att eftersträva jämlik vård och god måluppfyllelse av diabetesvården i Sverige. Dessa gäller blodsockerkontroll, hjärt-kärlsjukdom, livsstilsfaktorer och omvårdnad. Exempel på de många indikatorerna är målvärde av HbA1c (långtidsblodsocker), blodtrycksvärden och procentuell andel fysisk aktiva. Vidare beskrivs också vikten av teambaserad vård kring diabetespatienten. I teamet har diabetessköterskan tillsammans med läkare ett huvudansvar för att initiera samverkan med andra professioner för att optimera vården för patienterna med diabetes typ 2 (Socialstyrelsen 2018).

## Diabetessköterskans vårdande roll vid diabetes typ 2

Boyle, Saunders och Drury (2016) beskriver att det finns stora skillnader i utvecklingen av diabetessköterskans roll kopplat till förväntade arbetsuppgifter och ansvar. Vedertagna vidareutbildningar för sjuksköterskor som arbetar med diabetesvård är vanligt förekommande i stora delar av Europa men det finns fortfarande länder där denna kompetensutveckling inte finns tillgå i samma utsträckning. Kompetensbristen skildrar sig i patienternas upplevelse av diabetesvården genom att diabetessköterskan inte ansågs ha en egen utformad profession och därmed en mindre central roll. Vidare beskrivs att patienterna uppfattade diabetessköterskan som en utförare av direkta kontroller som ordinerats av läkaren. Det som patienterna upplevde av diabetessköterskan var att det var en person som tog sig mer tid till att lyssna vilket var något som uppskattades. I en studie gjord i Tanzania beskrev Emmanuel, Lusajo och Masunga (2024) andra utmaningar som präglade diabetesvården av patienter med diabetes typ 2 jämfört med västvärlden och Kina. Dessa gällde främst ekonomiska begränsningar för vårdandet på samhälls- och individnivå. Det innefattade brister i vårdmiljön, begränsad tillgång på läkemedel, medicinsk utrustning och teknik så som telefoni och internet. En annan utmaning var otillräckligt med personal, där bland diabetessköterskor, som hade specialistkompetens inom området. Det som trots utmaningarna framhölls som positivt var vårdrelationen. Patienten sågs som en viktig del, involverades i beslut kring vård och behandling av diabetessköterskan. Gemensamt med patienten skapades en individuell vårdplan. Diabetessköterskan lade ner mycket tid och engagemang på patientutbildning, individuellt och i grupp, både gällande medicinsk information och hälsofrämjande livsstilsråd.

I länder där diabetessköterskans roll har utvecklats och är central i vårdandet ses positiva effekter. De la Fuente Coria, Cruz-Cobo och Santi-Cano (2020); Liu et al. (2019) visar att patienter som träffade diabetessköterskan utifrån ett förutbestämt men individanpassat program med regelbundna uppföljningar som integrerades med utbildning, stöd och egenvårdstrategier sågs ha tydliga effekter. Att detta påverkade sjukdomen visade sig genom ett förbättrat blodsockerläge, ett lägre blodtryck och viktneidgång. I Husdal, Thors Adolfsson, Leksell och Nordgren (2021); Du Pon et al. (2019) studier framkom kvaliteter som efterfrågades av diabetessköterskan i vården av patienter med diabetes typ 2. Kompetens och kontinuitet var centrala faktorer för att uppnå en god relation med diabetessköterskan. Innebörden av kompetens innefattade inte enbart kunskap kring sjukdom och behandling, även att diabetessköterskan besatt kunskap och gav information om primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning ansågs viktigt. Enligt Husdal et al. (2021) var att diabetessköterskan gav individuellt utformad utbildning efter kunskapsnivå något som efterfrågades av patienterna. Det betonades att om diabetessköterskan bad patienterna själva söka kunskap och information skapade det en känsla av otrygghet om informationen som hittades var tillförlitlig eller inte. Att diabetessköterskan gav verktyg för hur patienterna kunde hantera sjukdomen på egen hand och hur kunskapen skulle appliceras i vardagslivet var en faktor som patienterna framhöll som viktig. Enligt Husdal et al. (2021); Du Pon et al. (2019) innebar kontinuitet för patienterna att regelbundet träffa samma diabetessköterska och var en förutsättning till att skapa en tillitsfull relation där de tryggt kunde berätta om sin livssituation och ställa alla typer av frågor. Kontinuitet i kombination med att få tillräckligt med tid med diabetessköterskan gav en känsla av trygghet för att bemästra och kunna ta egna beslut kring sin vård och sjukdom. Det var

viktigt för patienterna att diabetessköterskan såg dem som en unik människa och att vården anpassades individuellt. Att diabetessköterskan hade ansvaret och den ledande funktionen i vårdandet skapade en trygg relation enligt patienterna (ibid.).

## **Teoretisk utgångspunkt**

### **Vårdande som stödjer och stärker hälsa och välbefinnande**

Bergbom, Nåden, och Nyström (2022) beskriver Katie Erikssons teori av vårdande-begreppet. Från att tidigare definierats i medicinskt och sjukdoms inriktad kontext till att nu vara ett centralt begrepp i en egen vetenskap- vårdvetenskapen. Vårdande idag beskrivs som ett mångdimensionellt begrepp där omsorg och medkänsla är två av flera grundstenar. Att vårda grundas i att lindra lidande och främja hälsa. Att ha en helhetssyn på människan är fundamentalt, att i vården ha en insikt i att det kroppsliga, psykologiska och andliga hör ihop och påverkar varandra. Det belyses likt Katie Eriksson också av Distriktssköterskeföreningen (2019) som kärnan för distriktssköterskans vårdande. I Erikssons teori poängterar Bergbom, Nåden, och Nyström (2022) vikten av att omsorgen och medkänslan skall vara äkta. Att vårda kräver ett mod att ta ansvar för andra människor där lyssnandet är av stor vikt för att visa sin medkänsla. För att vårdaren skall kunna visa äkta omsorg och medkänsla är det betydande att bjuda in den andra människan för att kunna skapa en samhörighet och gemenskap. En förutsättning för det är att den andra människan har förmåga att ta emot och öppna upp. Vårdaren bär ansvar för att skapa en mellanmänsklig relation där båda parter står lika inför varandra. Relationens grund skall ses som ett partnerskap där bådars röster ses som lika viktiga, relationen skall präglas av vården som tro, hopp och kärlek vilket innefattar den kunskap och erfarenheter som finns sedan tidigare, framtidshopp och en kärleksfull attityd. Tro, hopp och kärlek beskriver hur den vårdande gemenskapen skall byggas medan ansa, leka lära beskriver hur vårdandet bör uttryckas. Ansa kan ses som den fysiska omsorgen om patienten, leka den sociala kontakten och lära är delen i vårdandet som skall ge möjlighet till utveckling och kunskap. Eriksson poängterar att all vård inte är vårdande. Den vårdande vården har sin grund i äkta omsorg om den andra människan, det är viktigt att ha med sig att vård även kan vara vårdslös där det inte finns någon äkta omsorg eller medkänsla. Detta poängterar även Kasén (2017, s. 97) när den vårdande relationen beskrivs. Grundläggande är att lidande lindras och att patienten får möjlighet att vara aktiv i relationen. Vårdaren har i och med sin kunskap ett ansvar i relationen att bjuda in patienten och möjliggöra ett aktivt deltagande från patienten. Socialstyrelsen (2018) menar att anpassa vården efter patientens erfarenheter som även beskrivs av Bergbom, Nåden, och Nyström (2022) i Katie Erikssons teori ger förutsättningar till att patienten skall kännas delaktig och vara följsam till sin vård.

Ekebergh (2022, s. 144) menar att det är den vårdande relationen som är arenan för att skapa delaktighet. För att patienten skall kunna ta ansvar för sin hälsa såväl som ohälsa är delaktighet en förutsättning. Det ger en känsla av att kunna påverka och ta kontroll över sin livssituation vilket kan skapa välbefinnande. Det är en förutsättning att vårdaren tar ansvar för att bjuda in till delaktighet, gör sig tillgänglig och visar sitt intresse för patientens berättelse. Essensen av delaktighet är att patienten känner sig som en del av vårdprocessen och har möjlighet att påverka den. För att patienten ska känna trygghet i att kunna vara delaktig i beslut är grunden för det att patienten har tillräcklig kunskap. Att vårdaren är lyhörd för patientens frågor och behov skapar underlag till vilken utbildning som behövs. Det är viktigt att vårdaren är uppmärksam på hur ny kunskap tas emot av

patienten. Lundin Gurné et al. (2021) beskriver att patienter efterfrågar delaktighet för att få möjlighet att involveras i sin vård vilket de anser ger kunskap och redskap för att själva kunna påverka sjukdomen. Bahlman-van Ooijen et al. (2022) beskriver distriktssköterskors uppfattning av sin ledande roll för att främja delaktighet. Även ur ett vårdarperspektiv betonas vikten av att ha ett jämställt samarbete och patientens förutsättningar som utgångspunkt i vårdandet. De beskriver i studien att vårdaren bär ansvar över att förmedla till patienten dennes rättigheter i att kunna vara delaktig och påverka sitt vårdförlopp. Vidare beskrivs att i vårdandet ingår också ansvaret att ge patienten förutsättningar till detta. De menar att alltid utgå från standardiserade rutiner i vårdandet sågs som ett hinder för delaktighet. Anpassning av vården och vid behov avvika från rutinerna ansågs gynnsamt för att skapa en vård och delaktighet efter patientens behov. Delaktighet framhålls också av Socialstyrelsen (2018) vara av stor vikt i vårdandet av patienter med diabetes typ 2 för att ge förutsättningar till att ta hand om sin sjukdom och därmed förbättra livskvalité och sjukdomsförlopp.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Diabetessköterskan har en viktig vårdande funktion i vården av patienter med diabetes typ 2. I uppdraget ingår patientutbildning, medicinsk uppföljning och stöd i egenvård. Diabetessköterskan ansvarar också för att ge förutsättningar för att patienten bjuds in och får möjlighet till att vara delaktig i sin vård. Det som patienter efterfrågar är en kontinuerlig vårdkontakt som möjliggör en vårdrelation som är inbjudande, jämlik och respektfull. Studier från olika delar av världen visar på stora skillnader i hur långt utvecklingen av diabetesvården kommit och vilka resurser och förutsättningar som finns tillgängliga. Oavsett är det tydligt att kärnan i vad som patienten efterfrågar ligger i det mellanmänniska mötet. I svenska riktlinjer för diabetesvård beskrivs hur vården ska bedrivas och vilka förväntningar som finns på vårdandet av diabetessköterskan. Studier påvisar att primärvården inte alltid får utrymme att följa sitt uppdrag då de ofta får åsidosätta den förebyggande vården. Oavsett är det av yttersta vikt att följa riktlinjer för att säkerställa en god och jämlik vård för patienten. Denna konflikt mellan resursbrist och att ge god vård har skapat ett intresse att studera hur diabetessköterskans erfarenheter är av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården. Genom att belysa deras erfarenheter kan studien bidra till en fördjupad vårdvetenskaplig förståelse och främja förbättrad hälsa och välbefinnande för den växande patientgruppen med diabetes typ 2. Vidare kan sådan kunskap utgöra en grund för att utveckla vården på ett sätt som gynnar både diabetessköterskor och vårdorganisationen.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva diabetessköterskans erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården.

## METOD

I föreliggande examensarbete används benämningen diabetessköterska då alla deltagare i studien inte är vidareutbildade distriktssköterskor men innehar vidareutbildning inom diabetesvård med minst 15 högskolepoäng. Diabetessköterska är en vedertagen benämning i primärvården av en sjuksköterska med denna vidareutbildning.

### Design

Studiens avsikt är att beskriva diabetessköterskors erfarenheter och utifrån det inhämta fördjupad vårdvetenskaplig kunskap och förståelse av deras syn på att vårda patienter med diabetes typ 2 inom primärvården. Från denna utgångspunkt anses en kvalitativ metod vara lämpligast för att besvara syftet. Denna metod grundas i en holistisk tradition som innebär att beskriva unika upplevelser kring olika fenomen. Studien antar ett induktivt förhållningssätt som innebär att beskriva människors erfarenheter av fenomen som sedan kan sammanställas och analyseras för att få fram nya kunskaper (Henricson & Billhult 2017, s. 111, 114).

### Urval

För att rekrytera deltagare användes ett bekvämlighetsurval (Danielsson 2017, s. 148). Ur aspekten att författarna själva var verksamma på vårdcentral inom diabetesvård i Västragötalandsregionen fanns det redan ett etablerat kontaktnät. I och med att det förelåg begränsad tid för studien blev redan etablerade kontaktvägar ett effektivt arbetssätt för att rekrytera deltagare till studien. I urvalet tillfrågades i första hand yrkesverksamma distriktssköterskor inom primärvården med påbyggnadsutbildning inom diabetesvård, minst 15 högskolepoäng. Vissa sjuksköterskor utan distriktssköterskeutbildning fick efter hand inkluderas i studien då det inom tidsramen för examensarbetet var svårt att rekrytera deltagare som var distriktssköterskor och som gav en bred variation gällande ålder, kön och yrkeserfarenhet. För att ytterligare möjliggöra en bred variation valdes att inte ha några exklusionskriterier. Inklusionskriteriet att ha tilläggsutbildning på 15 högskolepoäng inom diabetesvård uppfylldes dock av alla deltagare. Två av de deltagare som inte var distriktssköterskor hade andra akademiska vidareutbildningar. Som första steg i rekryteringsprocessen kontaktades verksamhetschefer inom primärvården i Västragötalandsregionen. Kontakten skedde genom e-post som innehöll information om studien och en förfrågan om godkännande att tillfråga dess anställd som författarna kände till uppfyllde inklusionskriterierna. Efter godkännande från vederbörande verksamhetschef kontaktades deltagaren också via e-post med deltagarbrev och intervjuguide bifogat, se bilaga 1 och 2. Svar och samtycke inkom från totalt nio deltagare, sex distriktssköterskor, två med andra vidareutbildningar och en allmänsjuksköterska. Två av deltagarna var män och resterande kvinnor. Åldern på deltagarna varierade mellan 35 – 66 år med en medianålder på 52 år. I antal år som deltagarna varit färdigutbildad sjuksköterska fanns det en variation mellan 12–38 år och som yrkesverksam inom diabetesvård 18 månader - 15 år. Deltagarna arbetade på nio olika vårdcentraler i Västra Götalands län, både i regional och privat regi. Som nästa steg bokades intervju, fysiskt eller via telefon, efter varje deltagares önskemål. Det resulterade i att sju intervjuer skedde fysiskt och två över telefon.

## **Datainsamling**

Den kvalitativa datainsamlingen utfördes genom enskilda intervjuer som enligt Danielson (2017, s. 143) är en användbar metod för att få en bild av människors unika erfarenheter kring ett fenomen eller situation. I föreliggande studie användes en semistrukturerad intervjuteknik där frågorna bestod av fyra huvudfrågor och sedan följdfrågor som användes vid behov av att fördjupa innebörden av svaren från deltagarna. Inledningsvis fick deltagarna berätta öppet om sina erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården. De fick även beskriva vad de hade för erfarenheter av vad patienter med diabetes typ 2 har för förväntningar på vården av diabetessköterskan. Vidare gavs öppna frågor om vad deltagarna hade för erfarenheter av vad som kunde gynna och försvåra vården av patienter med diabetes typ 2. Exempel på förslag på följdfrågor var vad de erfarenheter som togs upp kunde innebära just för deras vårdande och om de kunde utveckla eller berätta mer. Då intervjuerna delades upp och utfördes individuellt skapades en intervjuguide, se bilaga 2, för att säkerställa att datamaterialet samlades in så likvärdigt som möjligt. I intervjuguiden presenterades inledande frågor, huvudfrågor och förslag på lämpliga följdfrågor för att möjliggöra djupare innebörd i deltagarnas svar (Danielson 2017, s. 145). Alla intervjuer genomfördes i oktober 2024. Först utfördes två provintervjuer av båda författarna som sedan kunde inkluderas i resultatet. Resterande intervjuer delades upp mellan författarna och utfördes enskilt. Hänsyn togs till om det fanns en personlig kännedom mellan deltagaren och någon av författarna genom att intervjun genomfördes av den som hade minst kännedom om deltagaren. Intervjuerna utfördes enligt intervjuguide, två via telefon, resterande sju i ett fysiskt möte. Sju av intervjuerna utfördes på deltagarnas respektive arbetsplats och två i deras hem. Tillvägagångssätt för intervjun bestämdes utifrån den enskilde deltagarens önskemål. Varje intervju tog mellan 20–40 minuter och spelades in med diktafon. Direkt efteråt lyssnades intervjun igenom av båda författarna och efter det transkriberades texten ordagrant varpå inspelningen sedan raderades.

## **Analys**

Analysen utfördes genom en innehållsanalys utifrån metoden beskriven av Elo och Kyngäs (2008). Ett induktivt förhållningssätt valdes vilket innebär att analysen av datamaterialet genomfördes med ett öppet synsätt utan någon förutbestämd utgångspunkt. Analysen delades enligt metodbeskrivningen upp i tre faser vilka var förberedelsefasen, organiseringsfasen och rapporteringsfasen. I första faser, förberedelsefasen, lästes de transkriberade intervjuerna flera gånger för att bli bekant med datamaterialet. I nästa fas, organiseringsfasen, markerades delar av texten som tolkades meningsbärande och i marginalerna noterades stödord och en första tolkning av data. Därefter klipptes de meningsbärande begreppen ut som svarade an mot studiens syfte och färgmarkerades. Varje informant fick en egen färg. De färgmarkerade urklippen grupperades och strukturerades utifrån innebörd, likheter och skillnader på en tavla. Urklipp som inte besvarade syftet sorterades ut. Utifrån grupperingarna på tavlan, som gav en tydlig visuell bild av analysen, valdes de meningsbärande begreppen som allra bäst svarade an mot studiens syfte, dessa kondenserades och kodades i en tabell, se tabell 1. Koderna i tabellen sorterades och grupperades på nytt utifrån likheter och skillnader. Detta för att säkerställa att det som framkommit svarade an mot syftet samt för att skapa en överskådlig och tydlig struktur. Koderna mynnade ut i två generiska kategorier och tre respektive två

subkategorier vilka sedan gavs beskrivande namn utifrån dess innehåll. I den tredje fasen, rapporteringsfasen, abstraherades de utvalda meningsbärande begreppen från transkriptionerna till en organiserad och innehållsrik text utifrån de namngivna generiska kategorierna och subkategorierna som framkommit genom den öppna kodningen. Syftet med rapporteringsfasen är att ge en beskrivning av det som framkommit som resultat ur analysprocessen på ett tydligt och berättande vis vilket i detta fall var de erfarenheter som beskrivits av diabetessköterskorna i de nio intervjuerna. För att på ett levande och beskrivande sätt belysa just de unika upplevelserna valdes även vissa citat ut för att förstärka resultatets innebörd för läsaren (ibid.).

**Tabell 1. Utdrag ur analysprocessen**

<b>Meningsbärande begrepp</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Generisk kategori</b>
jag känner att jag behöver nog ... rodda i det med textmeddelande eller bokningar eller att jag skriver tydligt att vi gör såhär, kan du skriva ordination på detta eller att typ så. Jag blir mötet själv liksom (skratt) på något vis. Ehm och det är ju inte alltid jag har rätt men blir det ingen dialog så blir det ingen dialog, så det saknar jag.	Får ta en ledande roll och ta kontakt med andra professioner för att samverka om patienten. Jag blir mötet själv vilket inte skapar någon dialog. Jag har inte alltid rätt.	Samverkan	Betydelsen av fungerande teamsamverkan	En mångfacetterad roll

## **Förförståelse**

Priebe och Landström (2017, s. 38–39) beskriver förförståelse som en vetenskaplig begränsning. Det är av stor vikt att vid vårdvetenskaplig forskning ha en kunskap om att det inte går att presentera en totalt korrekt sanning och orsaken till det är de erfarenheter forskaren bär med sig. Dessa erfarenheter som kan påverka en studie beskrivs inte enbart vara de som forskaren bär med sig akademiskt eller yrkesmässigt likväl kan det vara erfarenheter från livet i stort så som upplevelser från uppväxten. Erfarenheterna menas enligt Priebe och Landström (2017, s. 38–39) kan påverka genom att det forskaren bär med sig resulterar i värderingar vilka kan medföra inverkan på hur ett ämne studeras och analyseras. Denna inverkan kan både vara av ondo likväl som det kan tillföra något positivt till forskningen. Det beskrivs att förförståelse aldrig går att radera helt men för att den ska ha en positiv inverkan på ny forskning är reflektion av yttersta vikt. Att reflektera kring och öppet beskriva en forskares förförståelse menas medföra att forskaren såväl som utomstående har möjlighet till kritisk granskning. Inför denna studie fanns förförståelse kring ämnet hos författarna då båda har vidareutbildning inom diabetesvård. En av författarna är fortsatt yrkesverksam inom diabetesvård. Förförståelsen har hanterats genom återkommande reflektioner mellan författarna i alla steg av forskningsprocessen. Reflektionerna landade i att inta en öppen och nyfiken inställning i intervjusituationerna. Att aktivt inte ta ställning eller överväga vad som kommer att komma fram ur datamaterialet har varit en hållning som upprätthållits från början av studien. För att

säkerställa detta ytterligare har disputerad handledare med erfarenheter av kvalitativ metod och innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) granskat analysprocessen för att stödja författarna i att hantera förförståelsen på bästa sätt.

## **Forskningsetiska överväganden**

Kjellström (2017, s. 62) beskriver de grundläggande etiska principer som forskning ska utgå från. Deltagarna ska alltid behandlas med respekt och nyttan av studien ska värderas högre än riskerna. Insamlat material som ligger till grund för studien ska behandlas likvärdigt och skyddas från obehöriga. Vetenskapsrådets (2024, s. 10) har utformat en publikation som belyser god forskningssed för att säkerställa ett gott etiskt förhållningssätt. I denna studie har denna publikation beaktats i alla steg av forskningsprocessen. Inför att studien påbörjades gjordes en etisk egengranskning enligt Högskolan i Borås riktlinjer för examensarbete på magisternivå som sedan förmedlades till handledare för godkännande. Enligt riktlinjerna och etikprovningens lagen (SFS 2003:460) behöver inte en fullständig etisk prövning göras inom ramen för examensarbete på magisternivå. Kjellström (2017, s. 61) menar att etikprovningen ska bevakas av handledare, vilket i denna studie blir den etiska egengranskningen. Efter godkännande från verksamhetschefer skickades deltagarbrev, se bilaga 1, som innehöll information om studien som sedan fick skrivas på inför deltagande för att säkerställa ett informerat samtycke. Detta för att beakta den grundläggande etiska principen om respekt för deltagarna (Kjellström 2017, s. 62). Vetenskapsrådet (2024, s. 11) förtydligar vikten av att respektera och skydda deltagare i en studie. För att värna om respekt för deltagarnas självbestämmande fick deltagarna själva välja när, var och hur de önskade att intervjun skulle genomföras. I deltagarbrevet innehöll information gällande konfidentialitet, att ljudmaterial som samlades in transkriberades direkt efter intervjun för att sedan raderas. Transkriberingarna delades endast mellan författarna och handledaren. Allt datamaterial avidentifierades för att inte kunna kopplas till någon specifik person eller arbetsplats. Extra beaktning gällande frivilligheten har tagits i denna studie då det fanns en personlig koppling till några av deltagarna innan denna studie genomfördes. För att säkerställa detta på bästa sätt har den författare som haft minst koppling haft kontakten med deltagaren och genomfört intervjun.

## **RESULTAT**

Analysen av datainsamlingen resulterade i två generiska kategorier med tre respektive två subkategorier (se tabell 2).

**Tabell 2. Översikt över resultatets subkategorier och generiska kategorier.**

En mångfacetterad roll	Det vårdande mötet
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ett stort ansvar och ökade krav</li><li>○ Betydelsen av fungerande teamsamverkan</li><li>○ Konsekvensen av resursbrist</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ge förutsättningar till delaktighet och till att ta hand om sin sjukdom</li><li>○ Utgå från patientens livssituation</li></ul>

## **En mångfacetterad roll**

Diabetessköterskorna beskrev sina erfarenheter av yrkesrollen i formuleringar som bred, ansvarsfull och komplex. De av diabetessköterskorna som hade längre erfarenhet av att vårda patienter med diabetes typ 2 uttryckte att de såg en förändring av rollen över tid. Utöver att möta patienten i deras livssituation beskrevs också att vården innebar ett stort medicinskt ansvar. Detta i kombination med ökade krav gjorde vården komplex. Delar som beskrevs vara av medicinsk karaktär var exempelvis att följa upp behandling eller förebygga och identifiera komplikationer som uppkommer av sjukdomen. Diabetessköterskorna beskrev också erfarenhet av att de kände att en stor del av vårdandet innebar ett ansvar för att alla patienter skulle vara välinformerade kring sin sjukdom.

### **Ett stort ansvar och ökade krav**

De diabetessköterskor med mångårig yrkeserfarenhet beskrev att rollen som diabetessköterska hade förändrats med åren. De menade att patienternas förväntningar av besöket hade blivit större likväl som kraven på hur vården skulle bedrivas hade ökat utifrån organisation och riktlinjer. Förändringarna medförde att kraven på vad som skulle ingå i ett besök hos diabetessköterskan var större jämfört med tidigare. Tidigare erfarenheter som framkom var att diabetessköterskorna såg att de förut var mer inriktade på blodsockervärden kopplat till diabetessjukdomen och att de i dagens vård förelåg ett högre krav på att ha ett helhetstänk, som inkluderade både psykosociala faktorer och diabetessjukdomen. Vidare beskrevs att helhetstänket, förutom att ha patientens behov i fokus innebar att följa upp och förebygga riskfaktorer som till exempel njur- och kärlkomplikationer men också remittera patienten vidare till olika instanser för att förebygga komplikationer. Vidare beskrev diabetessköterskorna att dagens vård hade helt andra förutsättningar beträffande läkemedelsbehandling, vilket också ställde högre krav på diabetessköterskans medicinska kompetens. Diabetessköterskorna förklarade också att i diabetesvårdens riktlinjer om vad som skulle ingå och åtgärdas under ett besök hade förändrats och innebar bland annat utbildning kring sjukdom och behandling, bedömning av risk för komplikationer samt kartläggning och rådgivning kring levnadsvanor.

Diabetessköterskorna beskrev att en annan förändring de såg var att patienterna var mer pålästa inför besöken än vad dom varit tidigare. Patienternas ökade kunskap ställde i sin

tur högre krav på diabetessköterskornas kompetens. Diabetessköterskorna erfor att genom att patienten kunde söka sig information på internet, fick de på så sätt en annan kunskapsbank vilket gjorde att patienterna exempelvis var mer insatta i olika läkemedel och behandlingsalternativ. Diabetessköterskorna beskrev att detta resulterade i att det skapades mer diskussioner då patienten själva kunde föra både för- och motargument till olika behandlingsförslag. De beskrev att det kunde uppta mycket tid av besöket att ge förklaring till olika beslut kring patientens vård då patienterna inte hade den grundläggande medicinska kunskapen för att förstå sambanden. Diabetessköterskorna erfor att patienternas inställning till besöken hade förändrats, från att förr var mer nöjda och följsamma utifrån att de hade tillit till vårdgivaren. I nutid beskrevs patienterna med diabetes typ 2 ofta vara mer pålästa, ha högre krav och kunde vara mer ifrågasättande till vården som gavs.

Diabetessköterskorna berättade om erfarenheter av att patienterna efterfrågade detaljkunskaper och individuell utformad rådgivning gällande livsstilsvanor så som specifika kostscheman vilket de upplevde var utanför deras kunskapsområde. Det fanns erfarenheter att det kunde ge en känsla av besvikelse hos patienterna på grund av högre förväntningar. Erfarenheter som beskrevs var att diabetessköterskorna ibland kunde känna att patienterna erhöll en större kunskap kring sjukdomen eller behandlingar än de själva. De diabetessköterskor med en kortare yrkeserfarenhet beskrev att vidareutbildningen i diabetesvård inte var tillräcklig för att svara an på de kunskapskrav som ställdes både från patienter och verksamheten. Dock gav ett par års yrkeserfarenhet en ökad kunskapsnivå inom ämnet men också en insikt i hur mångfacetterad vården av patienter med diabetes typ 2 faktiskt var.

*”Det är ju så mycket att du har ett stort ansvar som diabetessköterska ... liksom få patienten att förstå hur komplext det är, hur allvarlig sjukdomen är, och i den här korta tiden också, att man liksom inte själv missar, om man nu pratar njurarna, blodtrycket, det ska vara remisser, eh har dom varit på ögon, allt det här, ju mer man jobbar, då tycker jag man blir mer och mer, det är stort. Det är inte bara att titta på ett hba1c och prata mat, det är så mycket mer.” (Deltagare 8)*

### **Betydelsen av fungerande teamsamverkan**

Samverkan med en kollega eller andra professioner, då i synnerhet läkare, var något som diabetessköterskorna lyfte fram som viktigt för vårdandet. Erfarenheter av andra professioner som kunde bidra till god teamsamverkan var dietist och fysioterapeut. Dock fanns det stora skillnader mellan diabetessköterskorna av vilka erfarenheter de hade med sig beroende på hur arbetsplatsen var organiserad. De diabetessköterskor som hade erfarenheter av en mindre utvecklad teamsamverkan på arbetsplatsen beskrev att det blev mer tidskrävande och att vården av patienterna fördröjdes när de själva fick ta initiativ och förmedla kontakten professioner emellan. För det var just det att det, att få kontakt med olika professioner som tog tid när diabetessköterskan behövde hjälp för att kunna göra förändringar gällande behandlingsplan. En utvecklad teamsamverkan kunde även resultera i att det var svårigheter i att skapa en samsyn mellan olika professioner om mål och vårdplan som i vissa fall kunde leda till att patienten fick olika budskap.

Diabetessköterskorna beskrev positiva erfarenheter av att inte vara ensam i rollen som diabetessköterska på arbetsplatsen. Att kunna diskutera och få stöd av en kollega som också var diabetessköterska var något som beskrevs gav en trygghet och var utvecklande av rollen. Det fanns situationer då personkemin mellan diabetessköterskan och patienten inte stämde överens vilket påverkade vårdandet negativt. Då sågs fördelen att kunna hjälpas åt eller att ha möjligheten till att kunna byta diabetessköterska för att se om det kunde förbättra vårdandet för den patienten.

De diabetessköterskor som hade erfarenhet av en god teamsamverkan med andra professioner tyckte att det underlättade vårdandet och skapade i en trygghet i rollen. Att kunna hjälpas åt och ha ett team av olika professioner att diskutera med ansågs viktigt i synnerhet i mer utmanade patientfall. Kombinationen av olika professioners infallsvinklar och kompetens gav en ytterligare positiv dimension av vårdandet för patienten. Erfarenheterna talade även för att teamsamverkan mellan olika professioner bidrog positivt för organisationen och att vården utvecklades.

*” ja vi brukar prata om dom här patienterna lite mer i grupp. Ja vi har ett diabetesteam [...] det är jag då, å så är det en annan diabetessjuksköterska och så är det två läkare, och vi är diabetesteamet, så vi träffas varannan vecka [...] och går igenom ja, dels olika organisatoriska frågor om olika, ja vad det nu kan vara men även mer patienter som kanske är lite... krångligare... å lite sånt där som man känner sig osäker på hur man ska tänka å så, det är väl väldigt skönt att ha dom bakom sig” (Deltagare 4)*

### **Konsekvensen av resursbrist**

Diabetessköterskor delade med sig erfarenheter av att tids- och resursbrist var något som påverkade deras vårdande som på så vis försvårade möjligheten att följa riktlinjer och ge en god vård till patienten. De beskrev att tidsbristen kunde utgöra ett hinder till att ge tillräckligt med information och utbildning till patienten. Det kunde också visa sig genom att planerade uppföljningar försenades och att de årliga besöken uteblev. Vidare fanns erfarenheter hos några av diabetessköterskorna att tidsbristen kunde skapa en ond spiral när patienterna inte följdes upp som planerat med försämrat sjukdomsläge som följde vilket kunde generera behov av ytterligare uppföljning och besök.

De diabetessköterskor som hade erfarenheter av att ha tillräckligt med resurser och kunde erbjuda regelbunden uppföljning såg stora fördelar genom att patienterna i större utsträckning kunde bibehålla sina förbättrade livsstilsvanor. När de fick en uppföljning kunde det ses som en påminnelse för patienten om vikten av att ha sunda vanor för diabetessjukdomens utveckling. Det kunde också vara en typ av bekräftelse för de patienter som hade ett bra sjukdomsläge, att genom uppföljning få veta att de vidtagit rätt livsstilsåtgärder kunde medföra att de kände kontroll över sin sjukdom.

Diabetessköterskor med längre erfarenhet beskrev att tiden för patientarbete hade minskat såväl som resurserna vilket gav en känsla av att vården försämrats. Tidigare fanns det utrymme till att arbeta med förebyggande vård i större utsträckning exempelvis genom individuella hälsosamtal när risk för diabetes typ 2 förelåg och genom grupputbildningar vid nydebut av diagnosen. Grupputbildning var något diabetessköterskorna berättade

uppskattades av patienterna då de fick träffa andra i likdanande situation. Dessa två delar var nu något som ofta eller helt bortprioriterades på grund av brist på resurser.

*”framför allt det att dom får komma på sina regelbundna besök, att man får avsatt tid för sina diabetespatienter, för det får inte jag idag i alla fall, tillräckligt, du vet väntelistorna blir längre hela tiden, så dom kommer inte på sina årliga besök så att när dom kommer har värdena blivit dåliga igen och så blir det flera besök varje gång det ska vara en kort check av bara” (Deltagare 3)*

## **Det vårdande mötet**

De framkom i diabetessköterskornas berättelser att bemötandet av patienten låg till grund för vårdandet och att anpassade möten efter varje unik person är kärnan till att nå fram till patienten. Att forma besök helt efter en förutbestämd mall beskrevs ofta leda till ett formellt och opersonligt möte där informationen upplevdes bli förmedlad i en monolog från diabetessköterskan. Diabetessköterskorna berättade att det var något som de kände utvecklades med tiden och erfarenheten, att våga frånga mallen och utforma besöken anpassade efter personen de hade framför sig.

## **Utgå från patientens livssituation**

Diabetessköterskorna beskrev erfarenhet av att deras arbete innebar att möta personer i olika åldrar och skeden av livet med skilda förutsättningar att ta hand om sin sjukdom. Vidare beskrevs behovet av att anpassa bemötandet efter patientens sjukdomstillstånd, livssituation och psykosociala förutsättningar, såväl gällande medicinska mål som livsstilsförändringar. Det var viktigt att försöka hjälpa patienten att hitta en balans i livet särskilt om de hade barn och var yrkesverksamma. Då beskrevs erfarenheter om att patienterna inte alltid hade tid att fokusera på sig själva. I de fall var diabetessköterskans uppgift att stötta patienterna och att se vad som var möjligt utifrån deras förutsättningar och livssituation.

Diabetessköterskorna beskrev att lyssnandet på patienten var en förutsättning för att kunna individanpassa vården. De berättade att genom att låta patienten dela sin historia kunde en tydligare förståelse inhämtas om varför patienten hade gjort vissa val och befann sig i dåvarande livssituation. Vidare beskrevs att genom att ta del av patientens berättelse kunde en tydligare bild skapas av patientens resurser och hinder som kunde påverka sjukdomen. Diabetessköterskorna berättade att om det inte fanns förståelse eller kunskap om patientens livssituation kunde informationen bli generell och besöket bli monotont och opersonligt vilket resulterade i att patienten inte fick specifika redskap som de behövde för att bemästra sin sjukdom.

Diabetessköterskorna delade sina erfarenheter om vad som kunde försvåra möjligheten att anpassa vårdandet för patienter med diabetes typ 2. Skillnader i språk och kulturell bakgrund togs upp som utmanande i vårdandet för att synen på hälsa ofta var annorlunda. Språkförbistringar bidrog till att det var svårare att skapa en förståelse för varandra och ge patienten möjlighet till delaktighet i det vårdande mötet. Diabetessköterskor som arbetade på en vårdcentral i socioekonomiskt utsatta områden beskrev utmaningar i att många av patienterna där hade en svår ekonomisk situation vilket krävde andra anpassningar i vårdandet.

*”Om du har någon som kommer som knappt kan betala sin hyra och absolut inte kan köpa några grönsaker och den dyra nya medicinen, den kan dom absolut inte hämta på apoteket, det går inte för dom har inte råd med det [...] man kan inte ställa så mycket krav att en sån person ska, eh ja, du vet köpa broccoli och ja, det går inte ställa dom kraven, då får man backa och det blir ett annat slags möte.”*  
(Deltagare 6)

### **Ge förutsättningar till delaktighet och till att ta hand om sin sjukdom**

Diabetessköterskorna instämmer om att deras yttersta ansvar var att delge patienten kunskap och redskap kring sjukdomen och förmedla insikt om att det var patienterna själva som behövde göra förändringar för att påverka sjukdomen. Vidare beskrevs att ge information och redskap kring hur de kunde påverka sjukdomen gav en trygghet för patienten och förutsättningar till att kunna göra hälsosamma val. Diabetessköterskorna poängterade att en viktig del i deras roll var att visa sig tillgänglig och att stötta, motivera och uppmuntra patienten till förbättrade levnadsvanor. De beskrev också att det var viktigt att involvera patienten för att de skulle känna sig delaktiga i beslut som rörde deras vård och planering av hur de själva skulle hantera sin sjukdom. Vissa diabetessköterskor tog upp erfarenheter av att många patienter uttryckte skuld och skam över situationen de befann sig i och över att de drabbats av diabetes typ 2. Diabetessköterskorna beskrev att i dessa fall såg de som sitt ansvar att försöka vända känslan och göra patienten delaktig för att skapa en förändring.

*”Det finns den här gamla bilden av att jag har skaffat detta själv, det är mitt eget fel, ehm att man jobbar med den biten. Jag försöker alltid ta bort skuldbeläggandet ehm det kan absolut vara som så att personen omfattas av fetma eller någonting annat men det är fortfarande liksom det grundläggande problemet här och nu om man säger. Att vad kan vi göra åt det? Kan vi göra någonting åt det? Är du beredd att göra någonting åt det? Kan jag hjälpa dig att göra någonting åt det?”*  
(Deltagare7)

Diabetessköterskorna beskrev att få möjlighet att träffa en patient regelbundet var en viktig aspekt för det vårdande mötet och för att kunna skapa en djupare vårdrelation. Några diabetessköterskor hade erfarenheter av att patienten vid de första kontakterna gav en bild av deras livssituation utifrån vad de trodde att diabetessköterskan ville höra. Erfarenheterna visade att vid en etablerad kontakt med diabetessköterskan skapades en djupare relation som kunde medföra att patienterna vågade dela med sig av hur de faktiskt hade det i livet. Att de vågade vara ärliga. När patienterna kände sig trygga i relationen fanns erfarenheter av att det kunde innebära att patienten delade med sig av berättelser som egentligen inte direkt påverkade diabetessjukdomen men som gav diabetessköterskan en helhetsbild och vidare förståelse för patientens livssituation. Diabetessköterskorna hade erfarenheter av att om det förelåg möjlighet till tät och kontinuerlig kontakt i början av sjukdomsförloppet sågs det positivt för patienten. Det skapade en trygghet för patienten och förutsättningar till att ge verktyg för att bemästra sjukdomen självständigt. Erfarenheterna visade att det bidrog till att det på lång sikt ofta behövdes mindre stöd från diabetessköterskan.

Diabetessköterskorna beskrev att det fanns faktorer som försvårade möjligheten att rusta patienterna till att ta hand om sin sjukdom. En del som togs upp av flera

diabetessköterskor var att sjukdomen i många fall inte gav några symtom som påverkade patienternas livskvalité vilket gjorde det svårare att motivera till livsstilsförändringar. En stor utmaning var att skapa förståelse hos patienterna att de förändringar de gjorde hade sin grund i att ge förutsättningar till en god livskvalité även i framtiden. De berättade också att det fanns patienter som hade inställningen att det var vården som skulle behandla deras sjukdom. Diabetessköterskorna beskrev att vårda de patienter som inte hade vilja eller motivation till förändring var svårast. Hur diabetessköterskorna valde att hantera denna grupp av patienter sågs vara individuellt. Vissa såg aldrig vårdandet som svårt och hade inställningen att aldrig ge upp eller sluta försöka motivera denna patientgrupp var på andra slutade försöka när patienten inte visade intresse eller vilja till förändring. Många av de andra diabetessköterskorna såg denna situation som ett dilemma där de hade svårt att ta ställning och veta hur de skulle göra. Dessa patienter tog inte enbart mycket tid resursmässigt utan erfarenheterna visade att denna patientgrupp även framkallade en emotionell belastning för diabetessköterskorna.

*” ...vi har ju våra sorgebarn, jag säger ju så men jag menar ju inte det, dom som man kämpar med och försöker hjälpa men det är svårt. Den nöten har jag inte knäckt ännu. Man har ju en handfull sånna som det spelar ingen roll vad man gör liksom, eh det är svårt att hjälpa dom att hjälpa sig själva, för det behöver man ju göra när man är diabetiker, ta lite ansvar själv och det är inte alltid man klarar det.” (Deltagare 6)*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva diabetessköterskans erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården. För att besvara det valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats just för att fånga unika erfarenheter om fenomenet som kan bidra till ny vårdvetenskaplig kunskap (Henricson & Billhult 2017, s. 111, 114). Kvantitativ metod genom enkätstudier menar Billhult (2017, s. 121–122) är en metod som möjliggör att samla in data från många deltagare under en kort tidsperiod. Att utföra en enkätstudie för att besvara denna studies syfte hade underlättat att öka antalet deltagare och även att skapa en bredare geografisk spridning. Då syftet i föreliggande studie var att lyfta fram unika erfarenheter ansågs en kvalitativ metod kunna lyfta fram dessa bättre än vad en kvantitativ metod hade kunnat göra. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017, s. 429–433) beskrivs att indikatorer på god vetenskaplig kvalitet i en studie med kvalitativ design utgår från termerna trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet. Dessa kvalitetsbegrepp har använts som utgångspunkt i denna metoddiskussion för att värdera styrkor och svagheter med studien.

Mårtensson och Fridlund (2017, s. 431) beskriver trovärdighet som ett begrepp avsett för att bedöma kvalité av en kvalitativ studie. Innebörden är att tydliggöra att analysen av insamlat datamaterial är tillförlitlig och korrekt. Danielson (2017, s. 145) menar att vid semistrukturerad intervju finns det fördelar med att skapa en intervjuguide. Den blir ett stöd i intervjusituationen för att exempelvis följdfrågor ställs mer strukturerat för att öka möjligheten att skapa ett djup i insamlat datamaterial. I denna studie krävdes en intervjuguide för att datamaterial skulle samlas in så likvärdigt som möjligt oavsett vem

som utförde intervjun och som sedan kunde skapa ett gemensamt resultat som svarade an på syftet. I denna studie utfördes två provintervjuer som transkriberades och sedan delades med handledaren. Detta för att få en utomstående bedömning av frågorna i intervjuguiden så att dessa var relevanta och att svaren kunde svara an på syftet. Efter detta kunde frågornas formuleringar finjusteras och förtydligas. Det fördes även en öppen diskussion kring hur och när följdfrågor kunde ställas för att försöka skapa en djupare innebörd i deltagarnas svar. Detta anses som en styrka i studien då det ökade förutsättningarna till en högre kvalitet av efterföljande intervjuer. Danielson (2017, s. 151) beskriver intervjuarens viktiga roll i en intervjusituation för att skapa en god miljö och ett samspel mellan intervjuare och deltagare. Då båda intervjuerna var noviser och enbart hade utfört några provintervjuer inför studiens start har detta kunnat påverka studiens trovärdighet och därmed kunnat ses som en svaghet. Att intervjuerna delades upp så att enbart en person intervjuade varje deltagare var ett val för att dels få ett jämlikt samspel med deltagaren men också för att spara tid. Båda författarna upplevde att med intervjuernas gång skapades en kunskap och trygghet kring intervjusituationen. Därför kan de intervjuer som genomfördes sist vara av högre kvalitet än de första. För att på bästa sätt överbygga att författarna var oerfarna gällande att intervju var intervjuguiden ett stöd och även handledarens handledning efter genomgången provintervju. Att författarna fortlöpande förde en dialog för att dela erfarenheter och tips från genomförda intervjuer tros även ökat kvalitén av intervjuerna. Om intervjuerna skulle genomföras gemensamt skulle detta eventuellt öka trovärdigheten då fler genomförda intervjuer ökar kunskapen i intervjuteknik och på så vis skulle kunnat bidra till en djupare innebörd i materialet. För att enligt Vetenskapsrådet (2024, s. 11) respektera deltagarnas självbestämmande fick de ett val att utföra intervjun fysiskt eller via telefon. Danielson (2017, s. 152–152) menar att kroppsspråk, uppehåll och nyanser i tonläge är viktiga detaljer att uppfatta för en ökad förståelse av datamaterialets innebörd. Dessa värden är något som kan vara svårare att observera över en telefonintervju vilket kan vara en svaghet för studien. Eftersom det var respektive deltagares eget val att utföra intervjun via telefon anses det kunna betyda att de då kände sig trygga och lugna i intervjusituationen vilket är av stor betydelse (Danielson 2017, s. 150–151). Att värna om deltagarnas självbestämmande och att skapa trygghet i intervjusituationen ansågs överbygga värdet jämfört med fördelarna av att alla intervjuer skulle utföras fysiskt. Vår studies trovärdighet stärks av att vi är två personer som analyserat insamlat datamaterial. Den första genomläsningen av transkriberingar gjordes individuellt för att sedan jämföra vad som markerats som meningsbärande. En tredje part som varit delaktig i analysen, examensarbetets handledare, ökar trovärdigheten (Mårtensson & Fridlund 2017, s. 431–432). Danielson (2017, s. 152) framhåller vikten av att syftet med studien svarar an på det som framkommer i resultatet från intervjuerna. För att säkerställa detta är det av stor vikt att göra sig bekant med datamaterialet, i detta fall transkriptionerna. Detta var något som i föreliggande studie lagts stor omtanke vid. Då båda författarna upplevde att mycket av de som framkom under intervjuerna var intressant och viktigt krävdes stor eftertanke att göra en analys av datamaterialet utifrån vad som besvarade syftet med studien. Det innebar att delar som författarna ansåg intressant och viktigt behövde uteslutas om de inte kunde besvara syftet vilket ibland upplevdes utmanande. Då handledaren i detta fall inte hade vidareutbildning inom diabetesvård blir det perspektivet en styrka då det var en utomstående person som granskade analysen av datamaterialet ur ett perspektiv med mindre förkunskaper.

En stor utmaning i denna studie har varit den betydande förkunskapen och erfarenheten

inom ämnet som båda författarna haft. Pålitlighet blir relevant då de belyser vikten av att kunna hantera förförståelse i en kvalitativ studie (Mårtensson & Fridlund 2017, s. 432). För att förförståelsen ska ha påverkat resultatet så lite som möjligt har en stor medvetenhet krävts för att gå in neutralt varje intervjusituation. Det har lagts stor vikt vid att undantrycka egen erfarenhet och förförståelse för att gå in öppet och nyfikat i varje intervjusituation. Dock framkom en insikt under studiens gång i att den förförståelse som författarna besatt även kunde ha en positiv inverkan. Att besitta en erfarenhet om ämnet kunde genom kunskapen som fanns medföra en möjlighet att under intervjusituationen ställa följdfrågor av djupare karaktär vilket kan stärka resultatet. Konkreta åtgärder för att stärka pålitligheten i studien är att deltagarna i den mån det gick inte varit medvetna om förkunskaperna hos författarna inför intervjuerna. I de fall deltagarna haft kännedom om detta har den författare som haft minst personlig koppling till deltagaren utfört intervjun vilket också stärker pålitligheten i studien. I analysen av transkriberat material har stor vikt lagts vid att vara objektiva men det är ofrånkomligt att tidigare erfarenhet och förförståelse hos författarna kan ha påverkat analysen omedvetet och kan därför bli en svaghet.

Enligt Mårtensson och Fridlund (2017, s. 431) lämpar sig begreppet överförbarhet till en kvalitativ metod jämfört med generaliserbarhet som appliceras med fördel i kvantitativa studier. Överförbarhet avser hur resultatet av en studie kan överföras till ett annan kontext. Det är en grundläggande förutsättning med ett tydligt beskrivet resultat för att få en högt skattad överförbarhet av en studie (Rosberg 2017, s. 147–148). I och med att en kvalitativ metod valts som syftar till att belysa varje unik upplevelse gör det att resultatet inte går att generalisera. Överförbarheten av resultatet i denna studie är god till andra liknande verksamheter så som primärvård eller mottagningsverksamhet. Dock är överförbarheten lägre i slutenvård där arbetssättet och patientsituationerna skiljer sig jämfört med öppenvården. Beslutet av att göra ett bekvämlighetsurval kan ses som en svaghet men var nödvändigt för att utföra studien inom tidsramen vilket medförde att deltagarna var yrkesverksamma inom ett snävt geografiskt område. En annan urvalsmetod som hade inkluderat deltagare från andra regioner hade stärkt studien då det sannolikt hade berikat resultatet med fler perspektiv och höjt överförbarheten. Att inte ha några exklusionskriterier gällande erfarenhet anser vi vara en styrka för studien. I studien inkluderades tre personer som inte var vidareutbildade distriktssköterskor dock hade två av dessa andra vidareutbildningar. Detta kan anses som en svaghet i studien och minska överförbarheten då Mårtensson och Fridlund (2017, s. 433) menar att den stärks av att resultatet kan överföras till andra grupper, kontexter och situationer. När deltagarna som ingick i studien inte tydligt kunde definieras som en grupp av sjuksköterskor med en viss vidareutbildning minskar detta överförbarheten. Valet att inkludera vissa utan distriktssköterskeutbildning överbryggades av att det gav en bredare variation gällande yrkeserfarenhet samt en större spridning av ålder vilket ger studien och resultatet ett bredare perspektiv och på så vis kan ses som en styrka som stärker överförbarheten.

Bekräftelsebarhet är enligt Mårtensson och Fridlund (2017, s. 432) en bedömning av analysprocessens kvalitet i en kvalitativ studie. Kvalitén beskrivs öka om analysens tillvägångsätt är framställt noggrant och strukturerat. Det som också menas ökar bekräftelsebarheten i en studie är om analysen påverkas så lite som möjligt av förförståelse. Detta underlättas av att ha utomstående personer som gör en granskning av resultatet som analyserats fram ur datamaterialet. I denna studie lades stor vikt vid att

praktiskt klippa ur meningsbärande begrepp och färgmarkera detta för att skapa en tydlig visuell bild av analysen och hur kategorier och generiska kategorier växte fram. Att fysiskt strukturera upp bland de meningsbärande begreppen gjorde det överskådligt och förenklade möjligheten att se gemensamma kategorier såväl som skillnader som framkom i analysprocessen. Detta är något som styrker bekräftelsebarheten i studien. Som tidigare nämnts styrks även bekräftelsebarheten av att handledaren till studien inte hade någon utbildning eller erfarenhet inom forskningsområdet. Detta har varit av stort värde då båda författarna hade erfarenhet och utbildning inom området vilket skapade en förförståelse vilket kunde medföra att studiens bekräftelsebarhet skattas lägre.

## **Resultatdiskussion**

I resultatet i föreliggande studie går det att särskilja i två tydliga delar, en del belyser diabetessköterskans mångfacetterade roll, kringliggande och påverkande faktorer. Den andra och mest framträdande påvisar att det är mötet med patienten som är det centrala i vårdandet av patienter med diabetes typ 2.

Resultatet i föreliggande studie visar att det är mötet med patienten som är arenan för vårdandet. Vidare betonas vikten av att se patienten i sitt sammanhang och som en helhet vilket inkluderar livsförutsättningar, psykosociala aspekter och medicinska behov. Det framkommer att diabetessköterskorna lyfter helhetsperspektivet och det ska vara utgångspunkten till att anpassa vården efter varje individ. En sådan anpassning ger möjlighet till att få en förståelse för hur de olika delarna påverkar varandra som kan vara en grund till att patienten gör vissa val i livet. Detta resultat i föreliggande studie speglar tydligt Katie Erikssons teori om vårdande som beskrivs av Bergbom, Nåden och Nyström (2022) vilka menar att vårdandet ska utgå från en helhetssyn på människan vilket främjar hälsa och välbefinnande. Det går även att se paralleller från resultatet i föreliggande studie och vårdandeteorin (Bergbom, Nåden & Nyström 2022) till personcentrerad vård som Sveriges Kommuner och Regioner (2024) framhåller som en central utgångspunkt i svensk vård. De beskriver likväl som diabetessköterskorna i denna studie att patientens tidigare kunskaper och erfarenheter ska utgöra grunden i vårdmötet. Sveriges Kommuner och Regioner (2024) poängterar att vården ska vara lättillgänglig, stödja i egenvård och ge möjlighet till gemensamma beslut kring vårdplan och behandling för att den ska anses personcentrerad. Vidare beskrivs att vårdgivaren ska sträva efter att bilda ett partnerskap tillsammans med patienten vilket även belyses vara centralt i den vårdvetenskapliga vårdande teorin (Bergbom, Nåden & Nyström 2022). Sammantaget belyser detta att ett personcentrerat förhållningssätt, med tydliga paralleller till vårdvetenskap, kan med fördel implementeras även i andra vårdkontext än diabetesvården. WHO (2024b) beskriver också personcentrerad vård som ett huvudämne i det globala hälsoarbetet där syftet är att generera en jämlik, effektiv och högkvalitativ vård. Det betonas att denna utgångspunkt i vårdandet är av lika stor vikt globalt som på gruppnivå. Dessa beskrivningar av personcentrerad vård överensstämmer med hur diabetessköterskorna i denna studie beskriver sitt vårdande. Det kan tyda på att de ger en vård som är förankrad i ett vårdvetenskapligt förhållningssätt. Med utgångspunkt i hur Sveriges Kommuner och Regioner (2024) och WHO (2024b) framställer personcentrerad vård tyder det på att det vårdande som diabetessköterskornas hade erfarenhet av i föreliggande studie ger förutsättningar för en högkvalitativ och jämlik primärvård. Sammantaget kan det medföra ett förbättrat sjukdomsförlopp samt förbättrad hälsa och välbefinnande för patienter med diabetes typ 2.

Resultatet i föreliggande studie tydliggör att diabetessköterskorna hade ambition att arbeta och vårda ur ett personcentrerat förhållningssätt trots deras goda intentioner fanns det svårigheter. De uttryckte att det var utmanande att vårda och skapa delaktighet hos de patienter som hade låg motivation och följsamhet. Resultatet i föreliggande studie påvisade att det inte fanns en tydlig lösning för hur vården av dessa patienter skulle utformas vilket medförde individuella strategier som gav skillnader i hur diabetessköterskorna valde att vårda. Ekebergh (2022, s. 144) menar att ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är delaktighet en förutsättning för att skapa möjlighet för att patienten ska kunna ta ansvar för sin egen hälsa. Sandman och Kjellström (2018, s. 271–273) beskriver också en komplexitet i vården av patienter med låg följsamhet och motivation men ur ett etiskt perspektiv där delaktighet lyfts fram. Delaktighet är en väg till att utgå från patientens självbestämmande i kombination med att vårdaren tar sitt ansvar för patientens vård. Grundläggande för delaktighet menas vara att vårdaren ger patienten möjlighet att ta välgrundade beslut genom att ge tillräckligt med kunskap och information om vård och behandling. Vidare beskrivs att det är viktigt att patienten har tagit till sig och förstått det som förmedlats men också säkerställa att patienten är förmögen att ta besluten. En viktig faktor för att försöka nå dessa patienter för att skapa delaktighet menas vara att säkerställa en samsyn mellan vårdare och patient. I föreliggande studies resultat framkom inga erfarenheter från diabetessköterskorna om de säkerställde samsyn kring delaktighet med patienterna i vårdandet. Sammantaget bidrar detta till en reflektion om vårdandet skulle underlättas av en tydligare kommunikation, där det säkerställs att diabetessköterskans och patientens syn överensstämmer. Sandman och Kjellström (2018, s. 271–273) beskriver att det finns flera olika strategier, ur ett etiskt perspektiv, för att skapa samsyn kring delaktighet. Vidare menas att valet av strategi ska avgöras utifrån varje unik patientsituation och kan inte förutbestämmas. Det finns få tillgängliga studier på vad distriktssköterskor i primärvården har för erfarenheter av att vårda patienter med låg motivation och följsamhet. Michaelsen (2021) har studerat detta fenomen i vårdandet ur ett hemsjukvårdsperspektiv. Det framhålls i den studien att det ofta tar mycket emotionell kraft från distriktssköterskorna och att en orsak till att patienten har svårt att följa vård och behandling ofta ligger i att det finns olika syn på vården mellan patient och distriktssköterska. Detta var något som även Sandman och Kjellström (2018, s. 271–273) framhöll som ett hinder för att skapa delaktighet. Sammanfattningsvis med vetskap om att det finns olika etiska strategier för att skapa delaktighet i vårdandet uppkommer reflektioner om det kan vara en möjlig förklaring till att det i denna studies resultat framkommer skillnader i hur diabetessköterskorna agerade i vården av patienter med låg följsamhet och motivation.

Resultatet i föreliggande studie belyser diabetessköterskans positiva erfarenheter av att inte vara ensam i rollen som diabetessköterska på arbetsplatsen och vikten av teamsamverkan i vården av patienter med diabetes typ 2. Att kunna lyfta och diskutera komplexa patientfall med någon som är insatt i diabetesvård berikade både vården jämt mot patienten och gav en trygghet för diabetessköterskan i deras roll. Att ha en samsyn i diabetesteamet sågs i denna studies resultat som fördelaktigt för att ge patienten en enhetlig hållning gällande vård och behandling. Det visade sig också underlätta och spara tid i diabetessköterskans arbete. Martin-Misener et al. (2024) påvisar att teamsamverkan i primärvården är framgångsrikt för att möta patientens komplexa behov ur ett helhetsperspektiv. Vidare beskrivs vikten av att ta vara på varje teammedlems

kompetens kan bidra till en förbättrad vård med fler perspektiv i anspråk. Vikten av att arbeta teambaserat i diabetesvården betonas även i Socialstyrelsens (2018) nationella riktlinjer, där det framhålls att detta arbetssätt bidrar till en god och jämlik vård. Som påvisats i resultatet i föreliggande studie är det vården av de komplexa patientfallen som diabetessköterskorna framhåller gynnas mest av teamsamverkan. Detta skulle kunna tyda på att det är den teambaserade vården som blir arenan för att skapa en god och jämlik vård framför allt för de patienterna med komplex sjukdomsbild och låg följsamhet.

I resultatet av föreliggande studie framkommer fler erfarenheter av vad som gynnade diabetessköterskans vårdande av patienter med diabetes typ 2 inom primvården. Enligt diabetessköterskorna ansågs regelbunden uppföljning i början av sjukdomsförloppet ofta generera en trygg och välinformerad patient. Erfarenheterna var att det gav förutsättningar för patienten att bli mer självständig och delaktig i sin vård och behandling. Likväl framkommer det att om patienten inte får uppföljning av diabetessköterskan som planerat kan de i många fall resultera i ett försämrat sjukdomsförlopp. Detta belyser att diabetessköterskorna i föreliggande studie likväl som Ekebergh (2022, s. 144) framhåller delaktighet som en nyckel till hälsa och ökat välbefinnande. Enligt De la Fuente Coria, Cruz-Cobo och Santi-Cano (2020); Liu et al. (2019) påvisas att patienter med diabetes typ 2 som får genomgå ett strukturerat, individuellt anpassat program för att förbättra livsstil resulterar i positiva förändringar gällande blodsocker och vikt. Studierna stärker att tät uppföljning ger en förbättrad livskvalité och sjukdomsprognos för patienterna. Resultatet i föreliggande studie beskriver erfarenheter av att diabetessköterskans roll har förändrats över tid och att den förebyggande vården alltmer får åsidosättas på grund av resursbrist. Liknande resultat påvisas av Lundin Gurné et al. (2021) där distriktssköterskor likväl som diabetessköterskorna beskriver att den förebyggande vården ofta nedprioriteras. I en internationell studie om primärvården beskriver Taylor (2020) att tiden som är avsatt för patientbesök är för kort för att skapa en djupare förståelse för patientens livssituation vid behov av livsstilsförändringar. I studien påvisas också att patienterna är i behov av ett stort stöd från vården för att kunna åstadkomma dessa förändringar. Fortsättningsvis beskrivs att på grund av ökade krav på primärvården finns inte tiden för att kunna ge tillräckligt med stöd till patienten. Enligt distriktssköterskeförbundet (2019) beskrivs kärnan för professionen att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Detta framhålls också i Socialstyrelsens (2018) riktlinjer för diabetesvård vara av stor prioritet. Regeringskansliet (2017) presenterar Agenda 2030 vilket är FN:s handlingsplan för en förbättrad global hållbar utveckling. Målen riktar sig till att ge förutsättningar till förbättrat socialt välbefinnande ur hälsoaspekt men också ur ekonomiskt och miljömässig synpunkt. För att skapa förbättrad hälsa, samhällsekonomi och reducerad klimatpåverkan är ett av delmålen att minska antalet som insjuknar i förtid av icke smittsamma sjukdomar vilket inkluderar diabetes typ 2. Att diabetessköterskan får möjlighet till att ge tät uppföljning i början av sjukdomsförloppet och förutsättningar att arbeta med förebyggande hälso- och sjukvård skulle inte enbart kunna ge positiva effekter för den enskilde patienten. Mer tid till förebyggande vård skulle kunna motverka att sjukdom utvecklas och på vis bidra till en förbättrad folkhälsa. Sett till de globala målen (Regeringskansliet, 2017) kan även fördelar ses med diabetessköterskans vårdande arbete i primärvården kunna ha en inverkan på samhällsekonomi och miljö. Genom att ge förbättrade förutsättningar till diabetesvård skulle det kunna bidra till att färre insjuknar i sjukdomen i förtid vilket skulle spara resurser på flera olika sätt. Exempelvis minskade kostnader för sjukvård och läkemedel

som också kan påverka klimatet genom minskad produktion av mediciner och förbrukningsmaterial. Anåker och Elf (2014) framhåller sjukvården som en viktig arena för arbetet med hållbar utveckling. Hållbarhetsperspektivet framhålls lika viktigt i nutid som för kommande generationer i framtiden.

## **SLUTSATSER**

Resultatet visar på en utveckling och förändring av diabetessköterskans roll i primärvården vilket visar sig genom ett större ansvar och ökade krav från organisation, riktlinjer och patienter. Diabetessköterskorna arbetar individanpassat för att främja delaktighet vilket ger förutsättningar till en god vårdrelation och en trygghet hos patienten vilket tyder på att deras vårdande har utgångspunkt i ett vårdvetenskapligt förhållningssätt. Lyssnandet är centralt för att skapa en bild av patientens livssituation. Regelbunden kontakt mellan patient och diabetessköterska är positivt för vårdandet genom att det kan bidra till förbättrat sjukdomsförlopp och på så vis också främjar hälsa och välbefinnande. Resultatet belyser att teamsamverkan mellan olika professioner är betydelsefullt för patienten men ger också en trygghet för diabetessköterskan i sitt vårdande. Diabetessköterskorna beskriver att deras arbete i primärvården ofta präglas av resursbrist som påverkar vårdandet negativt och kan orsaka försämrat sjukdomsläge, hälsa och välbefinnande för patienter med diabetes typ 2. Sammantaget påvisas att en regelbunden och individanpassad vårdrelation med diabetessköterskan ger förutsättningar till delaktighet och ger patienten redskap till att kunna ta hand om sin sjukdom.

### **Kliniska implikationer**

- Det är av stor vikt att primärvårdsorganisationen får inblick i diabetessköterskans vårdande roll för att få en förståelse av behovet av tillräckliga resurser för att diabetessköterskan ska kunna ge en god, individanpassad och jämlik vård.
- Tydligare strukturer behövs inom primärvården för att teamsamverkan kring patienter med diabetes typ 2 ska kunna stärkas för att skapa förutsättningar för god vård och vårdutveckling.
- Ökade resurser till diabetessköterskan för att kunna ge vård enligt nationella riktlinjer vilket ger förutsättningar för ett förbättrat sjukdomsförlopp och livskvalité för den enskilda patienten men också för folkhälsan i stort.

### **Förslag till vidare forskning**

I resultatet beskrev diabetessköterskorna en svårighet kring vårdandet av de patienter med bristande motivation och följsamhet. Under forskningsprocessen har det i litteratursökning framkommit avsaknad av vårdvetenskapliga studier i ämnet. Därför är ett förslag på vidare forskning att studera vilket bemötande som på bästa vis kan främja hälsa och välbefinnande hos denna patientgrupp. Detta för att öka kunskapen och skapa ett stöd för diabetessköterskan i vårdandet av patienter med diabetes typ 2 som har låg följsamhet och motivation.

## REFERENSER

- Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(2): 381-389. doi: 10.1111/scs.12121
- Bahlman-van Ooijen, W., van Belle, E., Bank, A., de Man-Van Ginkel, J., Huisman-de Waal, G. & Heinen, M. (2022). Nursing leadership to facilitate patient participation in fundamental care: An ethnographic qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 79 (3), s. 1044–1055. doi: 10.1111/jan.15329
- Bergbom, I., Nåden, D. & Nyström, L. (2022). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 36(3):782-790. doi: 0.1111/scs.13036
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 121–132.
- Boyle, E., Saunders, R. & Drury, V. (2016). A qualitative study of patient experiences of Type 2 Diabetes care delivered comparatively by General Practice Nurses and Medical Practitioners. *Journal of clinical nursing*, 25 (13–14), ss. 1977–1986. doi: 10.1111/jocn.13219
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 143–154.
- De la Fuente Coria, M.C., Cruz-Cobo, C. & M.J, Santi-Cano. (2020). Effectiveness of a primary care nurse delivered educational intervention for patients with type 2 diabetes mellitus in promoting metabolic control and compliance with long-term therapeutic targets: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 32 (1), s. 103417-103425. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103417
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå för distriktssköterska*.  
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssk%C3%B6terska%202019.pdf> [2024-11-22]
- Du pon, E., Wildeboer, A.T., Van Dooren, A.A., Bilo, H.J.G., Kleefstra, N. & Van Dulmen, S. (2019). Active participation of patients with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses – what helps and what hinders: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), s. 814. doi: 10.1186/s12913-019-4572-5
- Emmanuel, C., Lusajo.K. & Masunga, I. (2024). Barriers and facilitators to satisfaction with diabetes care: The perspectives of patients attending public diabetic clinics in Dar es Salaam, Tanzania. *Public Library of Science*, 19 (5), s. e0302858-e0302858. doi: 10.1371/journal.pone.0302858

- Ekebergh, M. (2022). Vårdande möten. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber. ss. 137–145.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115. doi.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Henricson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 111-119.
- Husdal, R., Thors Adolfsson, E., Leksell, J. & Nordgren, L. (2021). Diabetes care provided by national standards can improve patients' self- management skills: A qualitative study of how people with type 2 diabetes perceive primary diabetes care. *Health Expect*, 24 (3), s. 1000-1008. doi: 10.1111/hex.13247
- Kasén, A. (2017). 'Patient' och 'sjuusköterska' i en vårdande relation. I Wiklund Gustin, L & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur. ss. 97–111.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 57–79.
- Liu, Y., Jiang, X., Jiang, H., Lin, K., Li, M. & Ji, L. (2019). A culturally sensitive nurse-led structured education programme in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, 25 (5), s. e12757. doi: 10.1111/ijn.12757
- Lundberg, K., Jong, M., Jong C, M. & Porskrog Kristiansen, L. (2020). Patients' experiences of the caring encounter in health promotion practice: a qualitative study in Swedish primary health care. *BMC Family Practice*, 21 (1), s. 232-242. doi: 10.1186/s12875-020-01296-6
- Lundin Gurné, F., Lidén, E., Jakobsson, S. & Björkman, I. (2021). District nurses' perspectives on health- promotive and disease- preventive work at primary health care centres: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 37 (1), s. 153–162. doi: 10.1111/scs.13100
- Michaelsen, J. (2021). The 'difficult patient' phenomenon in home nursing and 'self-inflicted' illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35 (3), s. 761 – 768. doi: 10.1111/scs.12890
- Mårtensson, J & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 421–438.
- Martin-Misener, R., Donald, F., Rayner, J., Carter, N., Kilpatrick, K., Ziegler, E., Bourgeault, I. & Bryant-Lukosius, D. (2024). Factors influencing nurse practitioner

panel size in team-based primary care: a qualitative case study. *BMC Primary Care*, 25 (1), s. 1-10. doi: 10.1186/s12875-024-02547-6

Liu, Y. et al. (2019). A culturally sensitive nurse-led structured education programme in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, 25 (5), s.12757-12768. doi: 10.1111/ijn.12757

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 25–42.

Regeringskansliet (2017). *Agenda 2030: 17 globala mål för hållbar utveckling. Mål 3: Hälsa och välbefinnande*. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-3-halsa-och-valbefinnande/> [2024-11-26]

Rosberg, S. (2017). Fenomenologi. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. ss. 127–152.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken; etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur. 406 s.

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

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet.

Sveriges Kommuner och Regioner (2024). *Personcentrerat förhållningssätt*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/personcentreratforhallningssatt.16029.html> [2024-11-05]

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård: Stöd för styrning och ledning*. 135s <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf> [2024-11-20]

Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf> [2024-11-13]

Svenska diabetesförbundet (2024a). *Diabetes typ 2*. <https://www.diabetes.se/diabetes/diabetes-typ-2/> [2024-11-19]

Svenska diabetesförbundet (2024b). *Diabetesvården i Sverige*. <https://www.diabetes.se/diabetes/diabetesvard/> [2024-11-19]

Taylor, J. (2020). Looking Beyond Lifestyle: A Comprehensive Approach to the Treatment of Obesity in the Primary Care Setting. *The Journal of Nurse Practitioners*, 16 (1), s. 74-78. doi: 0.1016/j.nurpra.2019.09.021

Vetenskapsrådet (2024). *God Forskningssed*. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html>

Västragötalandsregionen (2024). *Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral*. 106 s. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/osn11757-1980785390-54/native/Krav-%20och%20kvalitetsbok%20V%c3%a5rdval%20V%c3%a5rdcentral%202024%20version%202.pdf> [2024-09-10]

WHO (2024a). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> [2024-11-15]

WHO (2024b). *Integrated people-centred care*. [https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1) [2024-11-15]

## **Bilaga 1. Deltagarbrev och samtycke**

### INFORMATION ANGÅENDE ETT EXAMENSARBETE OM DIABETESSKÖTERSANS ERFARENHETER AV ATT VÅRDA PATIENTER MED DIABETES TYP 2 I PRIMÄRVÅRDEN.

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete där vi vill studera diabetessköterskans erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården. Vi är två sjuksköterskor som studerar på Distriktssköterskeprogrammet vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

#### **Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?**

Diabetessköterskan har en central roll i primärvården vad gäller vårdandet av patienten med diabetes typ 2. Vilka krav som ställs och hur diabetessköterskans vård skall bedrivas finns beskrivet i nationella riktlinjer och lagar. Diabetessköterskan har dels ett medicinskt ansvar men framför allt ett ansvar för patientutbildning och hälsofrämjande vård. I forskning och riktlinjer belyses att diabetessköterskan har ansvar för att individanpassa vården och att patienten görs delaktig. Denna viktiga roll som medför stort ansvar vill vi nu studera och fördjupa oss i. Att ta del av diabetessköterskors erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 hoppas vi kunna bidra till en förbättrad vård för denna patientgrupp.

Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

#### **Hur går examensarbetet till?**

Vi planerar att göra individuella intervjuer med öppna frågor där informanten får berätta om sina erfarenheter. Intervjuerna kommer ske via telefon eller på plats. Tidsåtgången beräknas vara 30 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in med diktafon för att sedan transkriberas. Inför intervjun kommer en intervjuguide skickas ut där det framgår vilka frågor som kommer att ställas.

#### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

#### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

För att delta behöver du lämna ditt samtycke. Väljer du att delta i intervjun under arbetstid behöver ett informerat samtycke inhämtas från din verksamhetschef.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren, se kontaktuppgifter nedan.

#### **Vad händer med mina uppgifter?**

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i

examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in (bakgrundsinformation och intervjuer) kommer att förstöras när inspelningen har transkriberats varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, [dataskydd@hb.se](mailto:dataskydd@hb.se), med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

### **Ansvariga för examensarbetet**

Högskolan i Borås  
Examensarbete med inriktning mot distrikssköterskans arbete

Författare  
Emilia Fred  
Kajsa Emanuelsson

Handledare  
Caroline Bäckström

### **Samtycke om deltagande**

#### **Fylls i av handledaren**

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

-----  
-----

Datum och handledares namnteckning

✂-----  
-----

#### **Fylls i av deltagaren**

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet (*titel ev nr 20xx:xx*) och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

-----

-----

Namnteckning

-----

-----

Ort och datum

## **Bilaga 2. Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

*Syftet är att beskriva diabetessköterskans erfarenhet av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården.*

#### **Inledande frågor**

1. Har du fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte?
2. Samtycker du till att delta i studien?
3. Är du medveten om att du har rätt att avbryta studien när som helst utan att behöva ange orsak?

#### **Bakgrundsfrågor**

1. Hur gammal är du?
2. Hur många år har du varit färdig sjuksköterska?
3. Vad har du för vidareutbildning?
4. Hur många år har du arbetat med diabetesvård inom primärvården?

#### **Huvudfrågor**

1. Berätta om dina erfarenheter av att vårda patienter med diabetes typ 2 i primärvården?  
  
2. Kan du beskriva din erfarenhet kring vad patienter med diabetes typ 2 har för förväntningar på vården som ges av dig som diabetessköterska?  
  
3. Vad har du för erfarenhet av vad som kan gynna vården av patienter med diabetes typ 2? Kan du berätta om det?  
  
4. Vad har du för erfarenheter av vad som kan försvåra vården av patienter med diabetes typ 2?

#### **Följdfrågor**

- Du nämner, hur det upplever du det påverkar ditt vårdande?  
Vad innebär det för ditt vårdande?  
Kan du utveckla...?  
Kan du berätta mer om...?  
Hur tänker du kring...?  
Du nämner ... kan du utveckla det mer?

#### **Avslutande frågor**

- Finns det något som du vill tillägga som inte har framkommit under intervjun?  
Har du några ytterligare frågor?