



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BETYDELSEN AV ANPASSAD UNDERVISNING VID EGENVÅRD

En litteraturöversikt om upplevelsen av
information och undervisning från
sjuksköterskan vid diabetes mellitus typ 2

Emma Arlmark Eriksson

Erika Magnusson

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Vt 2017 |
| Handledare: | Ulrika Bengtsson |
| Examinator: | Nabi Fatahi |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

| | |
|-------------------------|--|
| Titel (svensk) | Betydelsen av anpassad undervisning vid egenvård – Upplevelsen av information och undervisning från sjuksköterskan vid diabetes mellitus typ 2 |
| Titel (engelsk) | The significance of personalised self-care education. A literature review about experiences of information and education from the nurse regarding diabetes mellitus type 2 |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Vt 2017 |
| Författare | Emma Arlmark Eriksson och Erika Magnusson |
| Handledare: | Ulrika Bengtsson |
| Examinator: | Nabi Fatahi |

Sammanfattning:

Bakgrund: Att leva med diabetes mellitus typ 2 är krävande då sjukdomen är närvarande dygnet runt. Personer med diabetes mellitus typ 2 har därför ett stort ansvar för sin egen hälsa och insats, då beslut i personernas vardag är avgörande för vilken utveckling sjukdomen sedan tar. Forskning visar att egenvård grundas i personernas förmåga att hantera symtom, behandling, de fysiska och psykiska konsekvenserna, samt de förändringarna i livsstilen att leva med en kronisk sjukdom kan innebära. För att ha möjlighet att ta ansvar för sin egenvård är det viktigt att få stöd och tillgång till den kunskap som krävs för att utöva en hanterbar egenvård. **Syfte:** Att beskriva personer med diabetes mellitus typ 2s upplevelse av sjuksköterskans information och undervisning vid egenvård. **Metod:** Arbetet är en litteraturöversikt över 12 kvalitativa artiklar. Artiklarna utgår från personers upplevelser av information och undervisning i egenvård vid diabetes mellitus typ 2. **Resultat:** Litteraturöversikten visade på positiva upplevelser vid information och undervisning då personen stod i centrum, medan en negativ upplevelse uttrycktes vid undervisning där diagnosen stod i centrum. De personer som upplevde information och undervisning positivt upplevde en kunskapsbildning, motivation och självständighet till att utöva egenvård i sjukdomen. Vid en negativ upplevelse av information och undervisning upplevdes kunskapen meningslös och otillräcklig för att utöva egenvård. **Slutsats:** De upplevelser av sjuksköterskans information och undervisning som beskrivits i litteraturöversiktens resultat tyder på att det är av betydelse med individuellt anpassad information och undervisning vid diabetes mellitus typ 2, för att motivation ska skapas. När information och undervisning i motsats inte var individuellt anpassad och resulterade i brist på förståelse, fanns risk att syftet och betydelsen av egenvården inte förankrades hos personer med diabetes mellitus typ 2.

Nyckelord:

Diabetes mellitus typ 2, upplevelse, egenvård, information, undervisning

Vi vill tacka vår handledare Ulrika Bengtsson för hennes engagemang i vårt arbete, Margit Nelson-Wareborn för hjälp med språkhandedning samt våra nära och kära för deras hjälp med korrekturläsning.

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Inledning | 1 |
| Bakgrund | 1 |
| Diabetes mellitus typ 2 | 1 |
| <i>Att leva med T2DM</i> | 2 |
| Behandling | 2 |
| <i>Blodsockermätning och farmakologisk behandling</i> | 2 |
| <i>Informations och undervisningsmetoder</i> | 3 |
| <i>Livsstilsförändringar</i> | 3 |
| Diabetesvården idag | 4 |
| <i>Egenvård</i> | 4 |
| <i>Sjuksköterskans ansvar</i> | 4 |
| Centrala begrepp | 5 |
| <i>Kunskap</i> | 5 |
| <i>Personcentrerad vård</i> | 6 |
| Problemformulering..... | 8 |
| Syfte | 8 |
| Metod | 8 |
| Design | 8 |
| Datainsamling och urval | 9 |
| Dataanalys | 10 |
| Etiska överväganden..... | 10 |
| Resultat | 11 |
| Att vara i centrum för undervisningen..... | 11 |
| <i>Kunskapsbildande</i> | 11 |
| <i>Motivation</i> | 12 |
| <i>Känsla av självständighet</i> | 13 |
| Diagnosen i centrum | 13 |
| <i>Otillräcklig information och undervisning</i> | 13 |
| <i>Bristande förståelse för egenvård</i> | 14 |
| Diskussion | 14 |
| Metoddiskussion | 14 |
| Resultatdiskussion | 15 |
| <i>Kunskap</i> | 16 |

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| <i>Personcentrerad vård</i> | 17 |
| Slutsats | 19 |
| Implikationer för omvårdnad..... | 19 |
| Fortsatt forskning..... | 19 |
| Referenslista | 20 |
| Bilagor | 26 |

Inledning

Diabetes mellitus typ 2 (T2DM) är en allvarlig sjukdom som närvarar hos personen dygnet runt. WHO (2014a) definierar diabetes som en kronisk sjukdom vilket innebär att den har lång varaktighet och en långsam progression. Det är viktigt att få rätt hjälp redan tidigt i sjukdomen för att få en bra utgångspunkt för behandling. En god diabetesvård innebär att arbeta preventivt för att undvika allvarliga komplikationer samt att genom undervisning uppnå kunskap för en välfungerande vardag. När en person får information och undervisning måste hen förstå och bearbeta den fakta som kommuniceras för att den ska övergå i kunskap (Tingström, 2014). I kompetensbeskrivningen för sjuksköterska som är vidareutbildad inom diabetes är ett centralt område pedagogik, det innebär att sjuksköterskan ska föra dialog med personen för att handleda, ge stöd och bedöma individuella utbildningsbehov vid diabetes (Svensk Förening För Sjuksköterskor i Diabetesvården (SFSD) & Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), 2014). Att ha T2DM innebär i stor utsträckning att själv hantera sitt tillstånd i det dagliga livet – egenvård. Under författarnas verksamhetsförlagda utbildning uppfattades att patienterna inte förstod den information och undervisning sjuksköterskan framförde. Den här litteraturöversikten ville därför ur personernas perspektiv belysa hur sjuksköterskans undervisning upplevdes i relation till egenvård av T2DM.

Bakgrund

Diabetes mellitus typ 2

Enligt Ericson & Ericson (2012) så startar en inledande insulinresistensfas redan 10 år före debut av T2DM. Under fasen är insulinsekretionen högre än normalt. Med profylaktiska åtgärder under de första åren som fysisk aktivitet, förbättrad kost och viktminskning kan tillståndet förhindras eller förskjutas. Vid T2DM utvecklas en insulinresistens som gör att det uppkommer en funktionell insulinbrist. Upptaget av glukos försämras i de vävnader som är beroende av insulin eftersom de blir mindre insulinkänsliga, vilket gör att en större mängd glukos stannar kvar i blodet (Ericson & Ericson, 2012). I och med mindre insulinkänslighet blir insulinfrisättningen för låg i förhållandet till kroppens behov. T2DM utvecklas ofta långsamt vilket resulterar i försenad diagnos, som i sin tur kan leda till komplikationer av sjukdomen relaterat till obehandlad hyperglykemi. Inte allt för sällan upptäcks komplikationer av sjukdomen redan i samband med diagnostisering (Sagen, 2013a).

Antalet personer med diagnosen diabetes har ökat från 108 miljoner år 1980 till 422 miljoner år 2014. Dödsfall orsakade av diabetes var under år 2012 uppskattningsvis 1.5 miljoner och diabetes beräknas vara den sjunde vanligaste dödsorsaken år 2030 (WHO, 2016b). Det svenska Nationella Diabetesregistret (2016) visar att den senaste siffran på hur många personer som är registrerade i Nationella Diabetesregistret är 405 618 och siffran är baserad på registreringar de senaste 12 månaderna. Det är närmare 90% av personerna med diabetes som har T2DM (Socialstyrelsen, 2015a). Enligt Nationella diabetesregistret (2016) finns det en uppskattning från de senaste tio åren av att 2,5–4,5% av den svenska befolkningen har diagnosen diabetes. I Sverige uppskattas att var tredje person med T2DM är oupptäckt och att en av nio svenskar har diabetes eller är i riskzonen att drabbas.

Ett förhöjt HbA1c värde (långvarig hyperglykemi) är direkt kopplat till risken för komplikationer (SBU, 2009). Diabetes är en sjukdom med höga kostnader för samhället (Landin-Olsson, 2015). De allra största kostnaderna går till komplikationer som orsakas av sjukdomen, framförallt njur- och kärlpåverkan. Att hålla HbA1c värdet under kontroll har visat sig ha ett samband med, och minska riskerna för komplikationer (Bagnasco et al., 2013). Alla diabeteskomplikationer är starkt relaterade till blodkärlsskada med anledning av långvarig hyperglykemi. Mikroangiopati är en blodkärlkomplikation vilket resulterar i njur- ögon- eller njurpåverkan som komplikation vid dåligt reglerad T2DM. Makroangiopati medför åderförkalkning vilket drabbar artärerna och resulterar i ökad benägenhet för hjärtinfarkt samt perifer kärlsjukdom (Ericsson & Ericsson, 2012). Samsjukligheten vid T2DM är stor och påverkas inte minst av risker i den livsstil personen har. Exempel på risker inom livsstilen är rökning och fysisk inaktivitet vilka är vanliga riskfaktorer hos personer med T2DM. I Socialstyrelsens förbättringsarbete är mål uppsatta på landstingsnivå som berör fysisk aktivitet, lägre HbA1c värden och lägre blodtryck hos personer med T2DM för att minska riskerna för komplikationer (Socialstyrelsen, 2015a). Sjukfrånvaro och kroniskt nedsatt arbetsförmåga utgör höga omsorgskostnader för samhället. Läkemedel och förbrukningsmaterial utgör ca 5–10% av kostnaderna för T2DM (Landin-Olsson, 2015).

Att leva med T2DM

Enligt Allgott (2013) är det krävande att leva med T2DM eftersom sjukdomen är närvarande dygnet runt. Det är en sjukdom som de drabbade måste lära sig att leva med. Till skillnad från andra sjukdomar så är personens egna insatser i vardagen helt avgörande för vilken utveckling sjukdomen tar. På så sätt måste personer med T2DM behandla sjukdomen på ett självständigt vis med stöd av hälso- och sjukvården. Personer med T2DM gör dagligen många val som påverkar blodsockret, beslut om läkemedel, kost och fysisk aktivitet. Psykiska påfrestningar kan upplevas, både känslomässigt och behandlingsmässigt. Det är därför viktigt att personer med T2DM får den hjälp och det stöd som krävs för att de ska lära sig att hantera sjukdomen på bästa sätt (Allgot, 2013). Att leva med T2DM upplevs ofta ångestfyllt i relation till allvarliga komplikationer och att personen har skuld känslor över att hen inte har tagit hand om sin kropp. Uppmuntran, stöd och beröm till personer med T2DM är därför viktigt (Ericson & Ericson, 2012). Vid många sjukdomar förväntas det att hälso- och sjukvårdspersonalen tar ansvaret över behandlingen. Vid T2DM tar hälso- och sjukvården till viss del ansvar för behandling men det allra största ansvaret ligger på personen. Personer med T2DM har ett ansvar att själva ta beslut som berör hälsa och egenvård. Sjukdomen kräver ett självständigt tänkande, att aktivt medverka i sin behandling innebär en hälsovinst (Allgot, 2013).

Behandling

Blodsockermätning och farmakologisk behandling

Mätning av blodsockret är ett bra redskap för att skapa kontroll och att lära sig förstå sambandet mellan insulin, tablett, kost och fysisk aktivitet. Det är viktigt att göra blodsockermätningen på korrekt sätt, därför har sjuksköterskan ett stort ansvar att ge praktisk och informativ undervisning kring hur det används. Alla med diabetes rekommenderas att följa sitt blodsocker både vid medicinering och vid kostbehandling (Måløy, 2013).

Farmakologisk grundbehandling vid T2DM är Metformin som har en blodsockerreglerande effekt men inte stimulerar på insulinsekretionen vilket gör att hypoglykemi undviks. När

tablettbehandling inte längre är tillräckligt kan det kompletteras med insulin (Landin-Olsson, 2015). Studier har visat att personer med T2DM upplever lägre livskvalitet sedan de fick börja med insulin. Därför är det viktigt att vid start av insulinbehandling ge korrekt information och undervisning i hur det används och ska injiceras. Det är många personer som har svårt att acceptera att de måste ha insulin och upplever det obehagligt att behöva sticka sig själv, det måste tas på allvar av sjuksköterskan för att försöka motivera till varför det är viktigt (Måløy, 2013).

Det är viktigt att förmedla rätt information om hur blodsockerhalten i kroppen påverkas av livsstilen och därför är goda levnadsvanor en central del i behandling av diabetes. Att motivera till fysisk aktivitet, ändrade kostvanor och viktnedgång kan vara utmanande. Innan en behandling startar ska alltid personens kostvanor, fysiska aktivitet, rök - och alkoholvanor kartläggas för bästa möjliga behandling (Sagen, 2013).

Informations och undervisningsmetoder

Socialstyrelsen (2015a) betonar att diabetesvården ska vara individanpassad. Utbildning i egenvård har en central roll i vården av personer med T2DM. Personer med T2DM tar dagligen många viktiga beslut om hanteringen av sin sjukdom. Målet med utbildningar är att förbättra personernas förutsättningar för en hanterbar egenvård med kontroll över riskfaktorer för ohälsa, samt en bibehållen livskvalité. En förutsättning är att genomförda utbildningar utvärderas och följs upp kontinuerligt (Socialstyrelsen, 2015a; Socialstyrelsen, 2015b)

Utbildning vid T2DM kan förekomma i olika samtalsmetoder vilka ger olika nivåer av information och utbildning. Genomgående fokus är att öka motivationen och stärka personen till förändring så att de kan utveckla en hanterbar egenvård. Vid tillfällen kan det förekomma endast standardiserade råd och rekommendationer. Andra tillfällen kan kräva en mer djupare dialog med motiverande strategier. Det är viktigt att de åtgärder som sätts in är anpassade efter personens ålder, behov, riskfaktorer, hälsa och förutsättningar. I samtal kan komplettering förekomma med skriftlig information, förteckningar, telefonuppföljning eller återbesök vid ett eller flera tillfällen. Hjälpmedel och verktyg för bättre förutsättningar av en hanterbar egenvård kan även skrivas ut (Socialstyrelsen, 2012c; Socialstyrelsen, 2011d).

Personer med T2DM ska erbjudas information och undervisning i grupp som leds av hälso- och sjukvårdspersonal med kompetens inom pedagogik. Forskning har visat att gruppbaserad utbildning har en positiv effekt på nivån på HbA1c. I rådande läge erbjuder dock inte sjukhusen eller primärvården gruppbaserad utbildning efter det behov som finns. Vid utvärdering var det endast 18% av primärvårdsmottagningarna som erbjöd gruppbaserad utbildning med den kompetens som krävs av hälso- och sjukvårdspersonalen (Socialstyrelsen, 2015e).

Livsstilsförändringar

Kost och fysisk aktivitet är hörnstenarna i diabetesbehandlingen (Landin-Olsson, 2013). Det är viktigt vid diabetesdiagnos att ha goda kunskaper om kost eftersom blodsockret påverkas av vad vi äter. Kunskap om kost har även betydelse för att förebygga diabeteskomplikationer men även bland annat hjärt- och kärlsjukdomar (Aas, 2015). Fysisk aktivitet har liksom kost en skyddande faktor mot komplikationer som hjärt-kärlsjukdomar. Fysisk aktivitet är en central del i livsstilsförändringar vid T2DM eftersom det även förbättrar blodsockernivån och sänker medelvärdet på HbA1c. Kostomläggning och ökad fysisk aktivitet ger även andra

hälsovinster förutom att hindra eller skjuta upp utvecklingen av diabetes hos personer i riskzonen (Sagen, 2015).

Diabetesvården idag

Primärvården ansvarar för att omhänderta personer med T2DM. Personer med T2DM ska erbjudas besök hos en sjuksköterska¹, samt läkare för regelbundna kontroller och samtal. Sjuksköterskan ska informera och motivera personen till egenvård. Det är viktigt att i ett tidigt skede få hjälp med behandling efter diagnostisering av T2DM eftersom det förbättrar förutsättningarna och motverkar risk för komplikationer (Västra Götalandsregionen, 2016). Det är viktigt att familjen och närstående involveras i vården och får information samt undervisning. Att känna stöd från familj och närstående kan betyda mycket för hur en person klarar av att hantera vardagen (Graue & Haugstvedt, 2013).

Egenvård

Egenvård är enligt SOSFS 2009:6 kap 2 §1 definierat som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som inte utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utan av personen själv. För att egenvården ska få bra resultat kräver det att personen är väl insatt i sin situation och tar eget ansvar (Socialstyrelsen, 2015a). För att ha möjlighet att ta ansvar för sin egenvård är det viktigt att få stöd och tillgång till den kunskap som krävs för att utöva en hanterbar egenvård (SBU, 2017). Det finns idag en mer eller mindre given syn på att personer ska vara delaktiga i sin vård, det genom såväl lagtext (SFS 2014:821) som etiska koder (ICN, 2014) för sjuksköterskan, vilket har gjort delaktighet i vården till en rättighet, men även till något som krävs av personen. Forskning visar att vård och behandling som ges till en delaktig och aktiv person ger goda resultat på personens egenvård (Eldh, 2014).

Egenvård kan också definieras enligt Bagnasco, Di Giacomo, Da Rin Della Mora, Catania, Turci, Rocco & Sasso (2013) som en persons förmåga att hantera symtom, behandling, de fysiska och psykiska konsekvenserna, samt de förändringar i livsstilen som leva med en kronisk sjukdom kan innebära. Egenvård vid T2DM påverkas av olika personliga faktorer som hälsostatus, längd av sjukdom, förståelse av vårdplanen, diabeteskunskap och tron på behandlingens effektivitet bland flera. Syftet med egenvårdsutbildning är att erbjuda kunskap och möjligheter för att genomföra egenvård, genom bland annat att personen lär sig att identifiera problem eller göra passande val för att förbättra hälsotillståndet och livsstilen i relation till sjukdomen. Det har visat sig att utförd egenvårdsutbildning resulterat i ökad förståelse för både diabetes och egenvård hos personerna. Egenvårdsutbildningen skall vara anpassad efter personens behov (Bagnasco et al. 2013).

Sjuksköterskans ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska varje person vid sjukdom erbjudas individanpassad information och delaktighet i de behandlingsalternativ som finns. Vid vård av diabetes är målet att arbeta multiprofessionellt inom teamet. I det multiprofessionella teamet är det sjuksköterskan och ansvarig läkare som

¹ Sjuksköterskor som ger vård till personer med diabetes har ofta, men inte alltid, en vidareutbildning inom omvårdnad vid diabetes (Socialstyrelsen, 2015a). I litteraturöversikten benämns därför både sjuksköterskor med vidareutbildning inom diabetes och grundutbildade, som "sjuksköterskor".

har de mest centrala rollerna, men det ingår också andra yrkeskategorier som dietist, kurator, fysioterapeut och fotvårdsterapeut. Det multiprofessionella teamet ska tillsammans med personen sätta upp mål för behandlingen. Målen ska i sin tur utformas efter personens förmåga att klara av behandlingen och baseras på livskvalité, samt risk för komplikationer. I sjuksköterskans yttersta intresse ligger att personen med T2DM förstår den information som framförs, både för att skapa förståelse men också för att kunna vara delaktig i sin vård. Sjuksköterskan kan med fördel dela ut skriftlig information som personen kan läsa efter besöket för större förståelse (Socialstyrelsen, 2015a; Socialstyrelsen, 2025e). Sjuksköterskan har kunskap om diabetesvården medan personen med T2DM besitter specifik kunskap om sin situation, genom att kunskaperna möts ges förutsättningar för bästa möjliga vård (Socialstyrelsen, 2015a; Socialstyrelsen, 2025e). Enligt kompetensbeskrivningen av SFSD & SSF, (2014) samt Patientsäkerhetslagen (2010: 659) har sjuksköterskan som är grundutbildad och sjuksköterskan med vidareutbildning i diabetes, ett ansvar att utföra sitt arbete på vetenskaplig och evidensbaserad grund för att erbjuda en god personcentrerad vård.

Centrala begrepp

Enligt Coulter, Entwistle, Eccles, Ryan, Shepperd & Perera (2015) är behandlingen och hanteringen av kroniska sjukdomar den största utmaningen inom vården. Vid behandling av kroniska sjukdomar är det viktigt att personerna som vårdas erhåller kunskap för att förstå faktorer som påverkar tillståndet och uppmuntras till delaktighet i beslut som tas kring behandlingen. Det som bör eftersträvas i all vård av personer med kroniska sjukdomar är en personcentrerad snarare än en sjukdomscentrerad (Coulter et al., 2015). Coulter et al. (2015) visar att personcentrerad vård resulterar i minskade kostnader genom bland annat färre dagar med depressioner, lägre kostnader per person och år samt sänkta HbA1c värden. Detta jämfört med den icke personcentrerade vården.

Kunskap

Kunskap definierades av Platon som något en person utgår från är sanning. För att personens sanning ska bli kunskap måste det finnas goda skäl och argument som bevisar det. Kunskap kan också ses utifrån ett pragmatiskt synsätt, där det förmodas att kunskap alltid först utvecklas hos personen själv. John Dewey var välkänd inom det pragmatiska synsättet och har initierat talesättet; att lära av att göra, vilket anspelar på hur personer kan möta något okänt men ändå göra det till kunskap med hjälp av insikt och reflektion (Gustavsson, 2002).

Enligt Gustavsson (2002) kommer kunskap till genom att en person förstår och tar till sig information för att sedan tolka det och sätta in det i ett större sammanhang. Information skiljer sig från kunskap genom att kunskap är det som finns kvar, förankrat, efter att vi bearbetat all information. Kunskap bearbetas av oss själva och genom att veta varför man gör på ett visst sätt integreras och tillämpas den praktiska kunskapen med den teoretiska kunskapen. Kunskap är något som ständigt är i en pågående process vilket betyder att kunskapen hela tiden förändras då vi lär oss nya saker och får nya perspektiv (Gustavsson, 2002). Enligt Molander (1996) kan personer få erfarenhet genom undervisning och information, dessa erfarenheter krävs då personer ska skapa och agera efter sin kunskap. Ny kunskap bygger på användandet av tidigare existerande kunskap som drivkraft till att skapa ny kunskap.

Enligt Kneck (2013) handlar hantering av T2DM om att få den kunskap som behövs för att hitta egna strategier. Kunskapsbehovet vid diabetesjukdom kan enligt Kneck (2013)

beskrivas utifrån tre olika faser. I den första fasen kännetecknas brist på kunskap vilket gör att personen söker generell information. Den andra fasen består av att personen har börjat införskaffa sig egen kunskap genom aktivt deltagande i olika situationer, som till exempel undervisning. I den tredje fasen har till sist personen tagit till sig personlig kunskap, vilket innebär att generell information har omvandlats till specifik kunskap genom personens egna förutsättningar (Kneck, 2013).

Enligt Hansson-Sherman (2013) är information som ges vid undervisning om ett sjukdomstillstånd, ofta generell och inte anpassad efter personens situation. Framförs information istället anpassad efter en persons tankar, känslor och värderingar kommer det att underlätta vid bearbetning av information och omvandling till kunskap (Hansson-Sherman, 2013). I mötet mellan person och sjuksköterska skapas sällan en jämlik interaktion där gemensamma beslut tas, istället blir informationen ofta generell, vilket inte gör personen delaktig. Variationsteorin belyser därför olika aspekter av hur det som ska läras in också ska urskiljas, framhävas och få olika betydelser, för uppmuntran till lärande och skapandet av kunskap. Variationsteorin syftar till att förändra personens sätt att se, att se något på ett nytt och annorlunda sätt genom att omständigheter förändrar sig. Sjuksköterskan som hälso- och sjukvårdspersonal och personen vid sjukdom fokuserar på olika aspekter av undervisningen. Sjuksköterskan har fokus på den biologiska aspekten kring sjukdomen medan personen som ska få informationen ser på det hela ur sin egen aspekt, identitets- och livsproblems aspekt. För att lärandet ska gynna personen är det viktigt att fokus inte endast är på den biologiska aspekten, utan att det anpassas efter personens förståelse, vad som är viktigt för hen för att ha möjlighet att utvecklas i sjukdomen och ett varierat innehåll (Hansson-Sherman, 2013).

Enligt Graue & Haugstevdt, (2013) är målet med den kunskap som förmedlas vid T2DM att den ska användas och bidra till ett hälsofrämjande beteende. Det är viktigt att lärandet för personer med T2DM övergår i kunskap, för att de ska klara av att utveckla en hanteringsstrategi för sjukdom och behandling. Hälso- och sjukvårdspersonal har därför en viktig roll i att hjälpa till att skapa förutsättningar för att utveckla användbar kunskap som bidrar till självständighet och hanteringsförmåga (Graue & Haugstevdt, 2013).

Personcentrerad vård

Enligt Ekman, Norberg & Swedberg (2014) gjordes ett medvetet val att i skrift använda begreppet person i stället för "patient", även i de sammanhang då en person är patient, på grund av att patienten alltid är och bör ses som en person. I arbetet med litteraturoversikten uppmärksammades att definitionen av personcentrerad vård inte var definitiv. Ekman, Norberg & Swedberg (2014) och Coulter et al. (2015) definitioner av personcentrerad vård valdes.

Enligt Nilsson & Waldermarson (2007) kommer ordet kommunikation ur latinska "communicare" som betyder att göra någon delaktig och skapa en gemensam målsättning. Kommunikation kan innebära bland annat information, tanke, känsla, bekräftelse och delaktighet där vi i ett samspel ger varandra budskap med det innehåll som ges. I kommunikationens samspel är kunskapen en viktig del, detta för att fylla en funktion till informationen som hjälper personen att skapa ett sammanhang och förståelse. Skapas förståelse ger det upphov till att skapa förändring. Det professionella samtalet kräver en struktur och att sjuksköterskan frånsäger sina privata känslor, samtalet kan då upplevas stödjande för personen som mottagare av informationen. Viktigt inför ett professionellt samtal

är att arbeta mot målsättningen genom att gemensamt diskutera möjliga lösningar och metoder för att nå dit. För bästa möjlighet att skapa förståelse med informationen bör kommunikation studeras av den person som utför ett professionellt samtal. (Nilsson & Waldermarson, 2007).

Ekman, Norberg & Swedberg (2014) beskriver den personcentrerade vården som en möjlighet att identifiera personens resurser och genom att sjuksköterskan lyssnar till personens berättelse kan de tillsammans genom delaktighet skapa en vårdplan för personen. Relationen mellan sjuksköterska och person byggs på respekt och förståelse för personens självkänsla och vilja. Genom den personcentrerade vården lyssnar sjuksköterskan på personens egna tankar och idéer, vilket uppmuntrar till reflektion som kan skapa en inre styrka och kan användas som resurs i egenvården (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Enligt Kristensson Ugglå (2014) är personcentrerad vård sprunget ur den filosofiska personalismen vilken berör människosyn och filosofin kring vad en person är. Personalism och personcentrerad vård är inte en definition av varandra utan personcentrerad vård kan med fördel ha personalismen som grund. Personalismen kan öppna upp möjligheter för att mötas i frågor om uttryck för villkor, institutionella ramar, vetenskap och existentiella frågor. Enligt Emmanuel Mouniers syn på personalismen hittas lösningar i konsten att samtala vid det personliga mötet och samhällseliga institutioner. Vidare enligt Kristensson Ugglå (2014) ger personcentrerad vård utrymme för personen, inte bara patienten och att hen använder berättelsen som kunskapsform, där personen och hens liv blir centralt för vårdprocessen. Berättelsen som hen delar med sig av blir inte bara en förutsättning för diagnostisering, behandling och vård, utan det personcentrerade perspektivet ger oss biologiska indikationer som komplement till berättelsen av personens erfarenhet och situation (Kristensson Ugglå, 2014).

Enligt en systematisk litteraturoversikt av Coulter et al. (2015) syftar personcentrerad vård som ges till personer med kroniska tillstånd, som till exempel T2DM, att stärka dem i sin egenvårdsförmåga och i sina möjligheter att nå målen med sin behandling. Personer som är välinformerade, involverade och aktiva i beslut gällande sin vård har bättre upplevd hälsa och livskvalité. Coulter et al. (2015) fokuserar på begreppet personcentrerad vård, som de menar ska byggas på fortlöpande och ömsesidiga diskussioner mellan personen och hälso- och sjukvårdspersonalen, för att klargöra mål och alternativ för den gemensamt beslutade vårdplanen. I den personcentrerade vården, menar Coulter et al. (2015), att personen ska få vara delaktig och få möjlighet till att välja behandling, vilka mål som ska sättas och därefter nås. Målet är att vården ska utformas efter individens värderingar och behov. Personerna som vårdas ska vara delaktiga i beslutstaganden, målsättning, planering, prioritering, identifiering och diskussion av problem som är relaterade till personens tillstånd. Vid vårdplaneringen ska klinisk data, praktiska-, sociala- och emotionella effekter av sjukdomen vägas in i valet av behandling (Coulter et al., 2015).

Enligt Arborelius (2013) är det viktigt att förstå personens föreställningar kring sambandet mellan sjukdom och levnadsvanor eftersom personerna agerar efter det. Först då är det möjligt att arbeta med utgångspunkt från personen enligt ett personcentrerat förhållningssätt. Förstår hälso- och sjukvårdspersonalen personens föreställningar ger det möjlighet att anpassa och förklara adekvat information, som sedan kan användas till att utforma lämpliga åtgärder och öka personens förståelse för sambandet mellan sjukdom och levnadsvanor (Arborelius, 2013). Genom engagemang hos personer med kroniska sjukdomar som T2DM, kan sjuksköterska och person gemensamt hitta strategier för hantering av sjukdomen och sätta upp mål för

åtgärder. Personens engagemang är viktigt för samarbetet och utfallet av diabetesvården (Iversen & Skafjeld, 2013).

Både personens och sjuksköterskans kunskaper behövs för att få bästa möjliga hantering av sjukdomen, båda parter ska vara förberedda och ha viljan till att dela information, för att ta beslut tillsammans. Sjuksköterskans expertis är baserad på kunskap om sjukdomen, prognos, behandling och stöttning, medan personen vet mer om hur sjukdomen påverkar dem i det vardagliga livet, personliga värderingar och de begränsningar dem kan möta vid ändrade levnadsvanor. Kärnan av personcentrerad vård är att både person och sjuksköterska engagerar sig. Processen kommer troligtvis lyckas om båda parterna är villiga till samarbete (Coulter et al., 2015).

Enligt Coulter et al. (2015) så bör personcentrerad vård innehålla en majoritet av dessa komponenter:

1. Förbereda personen med information så att hen kan reflektera över det.
2. En gemensam målsättning för vården, anpassat efter personens tillstånd.
3. En åtgärdsplan som identifierar hur personen kan nå målen.
4. Det behov av stöd, dokumentation, samordning och utvärdering som personen behöver.

Problemformulering

Antalet personer med T2DM ökar. I Sverige finns det riktlinjer för diabetesvården och vilken behandling personer med T2DM har rätt till. Riktlinjerna betonar att vården ska vara individanpassad och personcentrerad för att ge personen möjlighet att hantera sin sjukdom på bästa sätt. Trots tydliga riktlinjer såväl effektiv farmakologisk behandling som för vården finns, så går de högsta kostnaderna i diabetesvården idag till komplikationer av sjukdomen. I relation till personens egen vårdinsats, att utföra egenvård, blir det således viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om vad personer med T2DM har för upplevelse av den information samt utbildning de får. Personernas beskrivna upplevelse kan ge kunskap som kan bidra till förbättring av omvårdnad vid diabetes och därigenom egenvården. Personens upplevelse av den information och undervisning som sjuksköterskan ger är sällan tidigare studerat, vilket visar på en kunskapsbrist inom området, kunskap som behövs för att kunna utveckla dagens undervisning för egenvård vid T2DM.

Syfte

Att beskriva personer med diabetes mellitus typ 2s upplevelse av sjuksköterskans information och undervisning vid egenvård.

Metod

Design

Metoden för studien var en beskrivande litteraturöversikt. Litteraturöversikten gjordes på ett urval av originalartiklar relevanta till problemområdet. Friberg (2012) skriver att syftet med en litteraturstudie är att åstadkomma en sammanställning av aktuell forskning inom det valda ämnet. Litteraturöversikt genomförs inom ramen för ett examensarbete med huvudområdet omvårdnad. Enligt Dahlborg Lyckhage (2012) finns det olika kunskapsdomäner vilka

används för att strukturera och utveckla kunskapen inom vården. Föreliggande uppsats skrevs utifrån patient-sjuksköterska området vilket enligt Dahlborg Lyckhage (2012) har fokus på vårdandets innehåll och relationen mellan sjuksköterska och personen som ges vård. Den kunskap som utvecklingen syftar till har betydelse för både vårdare och person som vårdas (Dahlborg Lyckhage, 2012).

Datainsamling och urval

Litteratursökningen gjordes i databaserna Cinahl, Pubmed och Scopus. Cinahl är en databas med omvårdnad som huvudämne (Östlundh, 2012), varför databasen användes i huvudsak medan Pubmed och Scopus användes för att vidga litteratursökningen. Sökorden valdes ut efter meningsbärande ord i syftet men även synonymer till sökorden. Huvudsökningen bestod av sökorden "Diabetes mellitus type 2", "selfcare" och "experience" vilka gav 212 träffar i Cinahl utan begränsningar. Sökningarna utökades sedan med fler relevanta och synonyma sökord samt olika kombinationer, Bilaga 1. Boolesk söklogik användes som enligt Östlundh (2012) används för att skapa samband mellan sökorden, oftast används operatoren AND. Cinahl headings och Mesh termer användes för att få ut fler relevanta artiklar ur sökningarna. I Cinahl användes begränsningarna "peer reviewed" för att endast vetenskapligt granskade artiklar var av intresse, "published date" för aktuell forskning och vid fåtal tillfällen användes "Qualitative, Best balance" för att artiklar med personens upplevelse efterfrågades. I Pubmed användes begränsningen "Publications date 10 years" och i Scopus, "article", "nursing" samt "health professions". I Scopus utnyttjades också "cited by" vid ett tillfälle samt att en artikel hittades i en referenslista till en redan vald artikel, se Bilaga 1. Enligt Östlundh (2012) bör sekundärsökningar tillämpas vid informationssökning för att ta vara på intressant information. Sökningarna ägde rum i januari 2017 och en efterföljande sökning för att kontrollera att söktabellen var korrekt daterad, genomfördes i mars 2017.

Sökningar gjordes i olika kombinationer av de utvalda sökorden. För att få ett mer jämförbart resultat med den svenska sjukvården valdes artiklar ut från Sverige, Norge, Australien, Storbritannien och Nya Zeeland då länderna har liknande sjukvårdssystem. Artiklarna begränsades till en 10 års tidsperiod för att få tillgång till relevant och aktuell forskning. Då personers upplevelser stod i fokus för litteraturöversikten valdes artiklar med kvalitativ forskningsmetodik ut. Kriterier för att en artikel skulle bli inkluderad i litteraturöversikten var följande: engelskspråkig, full text vid Göteborgs universitet samt erhållet etiskt tillstånd för studiens genomförande. Totalt sett söktes 712 stycken artiklar fram, 70 relevanta abstract lästes där sedan 30 stycken valdes för vidare granskning av kvalitet och relevans, där slutligen 12 artiklar som svarade till syftet valdes ut till att användas i litteraturöversiktens resultat. För ett flödesschema av urvalsprocessen se Bilaga 3. Artiklarna granskades av författarna genom Röda Korsets granskningsmall för att göra en bedömning av djupare relevans och trovärdighet, se Bilaga 2. Vissa artiklar valdes aktivt bort då de inte svarade till syftet för litteraturöversikten eller för att studien enbart riktade sig till en specifik åldersgrupp eller kultur. Artiklar som svarade till syftet och hade en generell åldersgrupp valdes för att kunna tillämpa resultatet i den svenska primärvården i arbetet med diabetes hos så många personer som möjligt. Originalartiklar har använts för att försäkra om att det är vetenskapliga dokument och att det redovisar ny forskning (Segersted, 2012).

Dataanalys

Artiklarna granskades med hjälp av Röda Korsets granskningsmall, Bilaga 2, och lästes flertalet gånger av båda författarna. Efter granskning sammanfattade författarna artiklarnas resultat, vilket enligt Friberg (2012) kan göras för att skapa översikt och göra det lättare att hitta likheter och olikheter i texterna. Som komplettering till granskningen söktes de tidskrifter som artiklarna publicerats i, på Ulrichs web för att säkerställa tidskriften som vetenskaplig. Enligt Segersten (2012) ska varje artikel som sänds in till vetenskaplig tidskrift fack-granskas för att bedöma om artikeln förmedlar ny kunskap, visar på god forskning och presenteras som forskning bör. Granskning sker för att bevara neutralitet samt god kvalitet av forskningen som publiceras (Segersten, 2012).

Analysen har arbetats fram genom att utgå från textens innehåll enligt en induktiv metod, vilken innebär att förutsättningslöst analysera textens innehåll utan tidigare hypotes eller antaganden (Danielsson, 2012; Fridlund, 2012). Valda stycken från resultatdelarna i artiklarna skrevs ihop med syfte att hitta gemensamma nämnare samt för att dela in resultaten i olika kategorier och subkategorier.

Etiska överväganden

Enligt svensk lagstiftning regleras etiken kring forskning genom främst två lagar, personuppgiftslagen (1998:204) och lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Vanligtvis anses inte studentarbeten vid grundutbildningar som forskning och därför behöver dessa inte granskas av regional nämnd. För att en studie ska kunna motiveras etiskt, bör valet av ämne vara något av betydelse och där syftet att förbättra något är mer omfattande än vilka etiska konsekvenser det resulterar i (Kjellström, 2012).

Helsingforsdeklarationen (2013) tar upp etiska principer för människor som deltar i forskning. Helsingforsdeklarationen (2013) betonar att åtgärder måste vidtas för att bevara deltagande personers integritet och sekretess, för respekt av personen. Ett godkännande av en etisk kommitté ska erhållas för att se över forskningsprotokollet för behandling, kommentarer och vägledning för godkännande av studien. Samtycke och anonymitet för de deltagande personerna är av största vikt för att göra gott och minimera skada i forskningsstudier. Vidare slår Helsingforsdeklarationen (2013) fast rättvisan i om medicinsk forskning utförs på människor ska vikten av målet uppväga riskerna för försökspersonerna, samt att de personer som deltar bör kunna dra nytta av kunskapen som kommer ur forskningen.

International Council of Nurses (ICN) har utformat en etisk kod för sjuksköterskor som hjälpmedel vid etiskt handlande. ICN har fyra områden i den etiska koden som är sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och professionen, sjuksköterskan och yrkesutövningen samt sjuksköterskan och medarbetare. I den etiska koden för sjuksköterskan och allmänheten nämns bland annat att arbetet ska utövas på ett jämlikt sätt där mänskliga rättigheter respekteras hos den enskilde personen. Det omnämns att sjuksköterskan delar ett ansvar med samhället för att initiera och främja insatser som tillgodoser hälsa och sociala behov (ICN, 2014).

Resultat

Utifrån 12 artiklar, Bilaga 4, som berörde problemområdet och var relevanta för litteraturoversiktens syfte, genererades två kategorier: att vara i centrum för undervisningen och diagnosen i centrum, med tillhörande subkategorier, se Tabell 1.

Tabell 1: Kategorier och subkategorier

| Kategori | Subkategori |
|-------------------------------------|--|
| Att vara i centrum för undervisning | Kunskapsbildande Motivation Känsla av självständighet |
| Diagnosen i centrum | Otillräcklig information och undervisning Bristande förståelse för egenvård |

Att vara i centrum för undervisningen

Kunskapsbildande

När information och undervisning i levnads- och kostvanor samt om sjukdomen anpassades efter personen resulterade det i ökad medvetenhet om kosten, livsstilen och kroppsliga förändringar i samband med sjukdomen. Kunskapen som bildades upplevdes viktig då den gav möjlighet till förändringar i livsstil och hantering av egenvården hos personerna (Halkoaho, Kangasniemi, Niinimäki & Pietilä., 2013; Edwall, Hellström, Öhrn & Danielson., 2007; Boyle, Saunders & Drury., 2015; Herre, Graue, Kolltveit & Gjengedal., 2016; Edwall, Danielsson & Öhrn., 2009).

Stenner, Courtenay & Carey (2010), Herre et al, (2016), Oftedal, Karlsen & Bru (2010) och Brobeck, Odenchants & Berg (2014) belyste i sina studier personers upplevelse av viktiga faktorer vid kunskapsbildande, exempelvis att ta del av informationen muntligt och skriftligt, praktiska råd och att tid ges för diskussion med sjuksköterskan. Exempel på praktiska råd som nämns i studien av Herre et al. (2016) var att i samband med kostundervisning besökte samt handlade personerna och sjuksköterskan tillsammans i livsmedelsbutiken. Skriftlig och muntlig information upplevdes viktigt för att personerna skulle skapa förståelse, de praktiska råden upplevdes viktiga för att få verktyg för hantering av egenvård och tiden med sjuksköterskan upplevdes viktig för att få förklaringar på frågor personerna tidigare inte förstått (Stenner et al., 2010; Herre et al., 2010). Uppmuntran från sjuksköterskan och anpassad information, både till mängd och person, upplevdes viktigt för personerna i studien av Brobeck et al. (2014), för möjlighet att ändra sina tankebanor och ta egna initiativ till förändring i livsstilen. Stenner et al. (2010) tog också upp personers exempel på anpassad vård som upplevdes viktig, till exempel insulinbehandling, eftersom den innefattar information och undervisning kring kroppens individuella insulinbalans som relateras till livsstil. Sammantaget beskrevs upplevelsen av att dessa faktorer bidrar till anpassad undervisning och viktig kunskap för förändringar i livsstilen.

Edwall et al. och Stenners et al. studier från 2007 respektive 2010 visade på att kunskapsbildande upplevdes främjas av personerna då sjuksköterskan hade stor tillgång till kunskap genom hens specialistutbildning, erfarenhet av T2DM samt intresse för sjukdomen.

Kunskapsbildande främjades genom den undervisning sjuksköterskan upplevdes vara kapabel till att anpassa efter personens vardag med T2DM. Vid undervisningen förklarade sjuksköterskan informationen detaljrikt och tydligt med en bred aspekt på personens hälsa och livsstil, vilket upplevdes anpassat efter individen. Att förstå det sjuksköterskan informerar om upplevdes av de personer Edwall et al. intervjuade 2007 viktigt för att kunna bearbeta och omvandla till kunskap. Stenner et al. (2010) beskrev hur personer i studien upplevde att kunskapsbildande främjades genom bland annat tydligt förklarad information anpassad efter personen och tid för diskussion vilket skapade möjligheten att ställa frågor och tillsammans med sjuksköterskan lösa livsstilsrelaterade utmaningar vid undervisning.

I tre studier (Rygg, Rise, Lommundal, Solberg & Steinsbekk., 2010; Edwall et al., 2007; Herre et al., 2016) delades upplevelsen av att kunskap bildades genom att diskutera och ta del av varandras erfarenheter, både i grupp med andra personer som har T2DM men även med sjuksköterskan. Exempel gavs av personer i två studier (Adolfsson, Starin, Smide & Wikblad., 2007; Oftedal et al., 2010) vilka beskrev hur personerna upplevde att kunskap skapades när de tog del av varandras erfarenheter om vardagliga utmaningar och personen stod i centrum. Tillgången till varandras kunskap utvecklade även den egna kunskapen, då personerna skapade en förståelse för sin kropp och möjliga komplikationer visar studien av Adolfsson et al. (2007).

Motivation

Edwall et al. (2009) & Stenner et al. (2010) har gjort studier kring personers upplevelser av betydelsen att informeras och undervisas av sjuksköterskan. Studierna visade att motivation skapades genom att personerna upplevde anpassad och korrekt information, i relation till deras livsstil. Den anpassade informationen gjorde att personerna i studien av Boyle et al. (2014) upplevde sig bekräftade, vilket skapade ytterligare motivation. Motivationen och att de stod i centrum för sin undervisning medförde ökad självkänsla och inspiration till egenvård (Oftedal et al., 2010; Halkoaho et al., 2013).

Personerna som intervjuats i Stenner et al. (2010), Brobeck et al. (2014) och Edwall et al. (2007) delade upplevelsen att sjuksköterskans uppmuntran, genom stöttande ord och engagemang i personernas egenvård skapade en känsla av motivation. Den motivation som skapades bidrog till ett samarbete hos personerna och sjuksköterskan där de gemensamt satte upp mål för en hanterbar egenvård. Halkoaho et al. intervjuade år 2013 personer som varit på rutinbesök hos en sjuksköterska och följt upp tidigare satta mål, motivation skapades då genom insikten av dem lyckats följa de uppsatta målen. Personerna som deltog i Stenners et al. studie (2010) och Brobecks et al. studie (2014) betonade upplevelsen av att sjuksköterskan tog sig tid att lyssna på personens berättelse under mötet, vilket gjorde samtalen meningsfulla och motiverade till att ta ansvar i egenvården.

Personerna i två studier (Oftedal et al., 2010 & Edwall et al., 2007) uttryckte personerna att gruppbaserad utbildning skulle ökat deras motivation till bättre egenvård och sjukdomskontroll. Personerna i studien gjord av Adolfsson et al. (2007) deltog i gruppbaserad utbildning och upplevde samhörighet och delaktighet genom att bli uppmärksammade av varandra och sjuksköterskan. Stödet från gruppen och sjuksköterskan motiverade till att delta i diskussioner och fråga frågor utan att uppleva skam.

Känsla av självständighet

I studien av Carolan, Holman & Ferrari (2014) var det viktigt att personerna hade accepterat sin diagnos för självständighet, medan i studien av Edwall et al. (2007), Edwall et al. (2009) och Boyle et al. (2015) var det viktigt att personerna förstått informationen de fått av sjuksköterskan. Herre et al. gjorde en studie (2016) där personerna istället beskrev att relevanta åtgärder som illustrerades av sjuksköterskan skapade en känsla av självständighet. Relevanta åtgärder togs upp med exempel på varierad diet, ta hand om fötterna för att undvika komplikationer och att personerna kunde höra av sig för att boka ett nytt möte om behovet fanns. Adolfsson et al. och Edwall et al. gjorde båda studier (2007) där de intervjuade personerna betonade upplevd självständighet genom förståelse till varför livsstilsförändring var nödvändig och utveckling av den kunskap personerna erhöll sedan tidigare. När Edwall et al. (2007) och Stenner et al. (2010) undersökte personernas upplevelser av sjuksköterskan vid information och undervisning uttrycktes att en god relation till sjuksköterskan, där personen är i centrum, resulterade i självständighet vid egenvård.

Diagnosen i centrum

Otillräcklig information och undervisning

Enligt personerna i studierna (Halkoaho et al., 2013; Rygg et al., 2010; Adolfsson et al., 2007; Carolan et al., 2014 & Crowe, Whitehead, Bugge, Carlyle, Carter & Maskill., 2016). blev informationen från sjuksköterskan blev otillräcklig vid upplevelsen av att innehållet i rådgivningen huvudsakligen var information om sjukdomen och medicinering, vilket placerade diagnosen i centrum i stället för personen som hade diagnosen. Adolfsson et al. (2007) undersökte i sin studie skillnader i upplevelser vid gruppbaserad och enskild undervisning för personer med T2DM. De deltagare som fick enskilda samtal upplevde att de inte fick verktygen för hur de skulle gå tillväga vid livsstilsförändring i samband med sin sjukdom, samt en avsaknad av att möta andra personer med T2DM, för att utbyta erfarenheter med. De uttryckte vidare att de uppfattade den information de fick som bristande, felaktig och inkonsekvent. Fyra studier (Rygg et al., 2010; Oftedal et al., 2010; Boyle et al., 2015 & Crowe et al., 2016) visade på en upplevelse av otillräcklig information i praktiska råd som kan tillämpas i vardagen. Brist på praktiska råd skapade en avsaknad av egenvårdsstrategier, till exempel vilka begränsningar T2DM hade i vardagslivet, vilket resulterade i osäkerhet vid praktiska vardagsproblem. Vid bristande och otillräcklig information uttryckte deltagande personer att de behövde söka efter det på egen hand, vilket påverkade förtroendet för sjuksköterskan negativt, samt skapade en oro för om de hanterade sin egenvård på rätt sätt.

Oftedal et al. (2010) och Boyle et al. (2014) undersökte hur personer med T2DM upplevde mötet med sjuksköterskan och kunde visa att den information och undervisning som gavs upplevdes vara standardiserad och dåligt anpassad efter individuella behov, vilket ledde till att undervisningen även upplevdes vara otillräcklig. Personer i studien av Rygg et al. (2010) upplevde en varierad kunskapsnivå från olika sjuksköterskor, vilket personerna i studien betonade som negativt för den information och undervisning de fick, då de inte alltid fick svar på sina frågor. Personer i studien av Boyle et al. (2014) upplevde en osäkerhet kring vilken roll sjuksköterskan hade vid information och undervisning vid T2DM, vilket resulterade i otillräcklig information och undervisning på grund av att de inte visste vad de kunde fråga sjuksköterskan om. Osäkerhet på sjuksköterskans roll upplevdes då undervisning gavs ur broschyrer, samt då vissa personer upplevde att sjuksköterskan endast tog fysiska kontroller vid besöken och inte gav undervisning.

Deltagare i flera studier beskrev att då den information och undervisning de fick var otillräcklig ledde det till en upplevelse av överväldigande känslor till diagnosen eller en förlorad sjukdomskontroll, varvid dem betonade vikten av tillräcklig information och undervisning, för känslan av regelbundet stöd. Om samtalslängden inte anpassades efter individen, med avsatt tid för diskussion vid behov eller om sjuksköterskan var stressad vid mötet, upplevdes en otillräcklighet i kommunikationen, vilket skapade osäkerhet kring den egna hälsan och hanteringen av T2DM (Edwall et al., 2007; Carolan et al., 2014; Rygg et al., 2010; Boyle et al., 2014).

Bristande förståelse för egenvård

Crowe et al. (2016) undersökte personers upplevelse vid diagnostisering samt utbildning av T2DM. Deltagande personer i denna studie beskrev att de kunde uppleva en förminskande förklaring av sjukdomen vid diagnostisering, vilket kunde skapa en otillfredsställande kommunikation för sjukdomens allvar. De personer som deltog i studien av Adolfsson et al. (2007) beskrev en vilja att följa givna råd och information från sjuksköterskan, men en oförmåga att förstå syftet med egenvård skapade svårigheter att förstå sambandet mellan sjukdomen och hur man klarade av att själv hantera sitt tillstånd i vardagen. I fem studier (Crowe et al., 2016; Boyle et al., 2015; Carolan et al., 2014; Oftedal et al., 2010; Halkoaho et al., 2013) betonade personerna upplevelsen av otillfredsställande kommunikation vilket skapade bristande förståelse för egenvård och en upplevelse av bristfälligt stöd från sjuksköterskan. Deltagare angav att de inte följde de givna råden för egenvård av T2DM på grund av att de hade svårt att förstå betydelsen av dem, då de inte anpassats efter deras egen situation och behov. När råden inte följdes skapades det i sin tur en känsla av skuld (Crowe et al., 2016; Boyle et al., 2015; Carolan et al., 2014; Oftedal et al., 2010; Halkoaho et al., 2013). Envägskommunikation vid utbildning upplevdes inte ge något utrymme för frågor, istället fick personen som satt i samtal med sjuksköterska en passiv roll i samtalet. Den passiva rollen gav i sig en upplevelse av att de egna resurserna inte uppmärksammades. En vidare effekt blev då att frågor inte ställdes vilket i sin tur kunde leda till en bristande förståelse för egenvården av T2DM (Halkoaho et al., 2013; Adolfsson et al., 2007). De personer som deltog i studien av Boyle et al. (2015) beskrev hur de i stället prioriterat andra sjukdomstillstånd vilka var mer märkbara än T2DM, samt upplevde en bristande förståelse för hur de skulle hantera sjukdomen.

Diskussion

Metoddiskussion

Syfte med föreliggande litteraturöversikt var att beskriva upplevelsen av sjuksköterskans information och undervisning vid egenvård hos personer med T2DM. Trovärdigheten ökar då litteraturöversikten uppnått sitt syfte genom vald metod (Henricson, 2012). Kvalitativa studier valdes eftersom syftet var att beskriva upplevelser, vilket kan ses som en styrka för föreliggande litteraturöversikt då det skapar förståelse på ett djupare plan. Exkluderingen av kvantitativa artiklar kan ha resulterat i ett bortfall av generaliserbart resultat eftersom kvalitativa studier innehåller färre antal deltagare. Då syftet inte var att producera ett generaliserbart resultat, utan istället att beskriva personers upplevelser, var ett urval av artiklar baserade på kvalitativa studier adekvat. Vid litteratursökningen användes olika databaser för att nå ett urval med bredd. Genom att använda olika databaser minskade risken att gå miste om relevant forskning till syftet. Enligt Henricsson (2012) kan sökning i olika

omvårdnadsdatabaser öka trovärdigheten då möjligheten att hitta relevanta artiklar ökar. Begränsningen till länder som har ett jämförbart hälso- och sjukvårdssystem med Sverige resulterade i att efter några sökningar återfanns artiklar, även i de olika databaserna. Med anledning av det breddades sökningarna med fler sökord, vilket resulterade i ytterligare inkludering av tre artiklar (Rygg et al., 2010; Carolan et al., 2014; Brobeck et al., 2014) vilka riktar sig till en mer specifik behandlingsmetod eller målgrupp inom vården, än vad som från början först var tänkt att inkludera. En medveten nackdel är att innan sökorden breddades kunde det gjorts mer olika kombinationer av redan valda sökord, som endast använts vid några få sökningar. Då diabetesvården är under ständig utveckling ansågs avgränsningen med forskning publicerad inom 10 år från sökningens datum relevant.

Forskningen som redovisats i samtliga artiklar i litteraturöversikten har etiska tillstånd, vilket ansågs viktigt eftersom forskningen genomförts med människor som deltagare. Enligt Wallengren & Henricson (2012) ökar det vetenskapliga värdet om forskningen har tillstånd från en etisk kommitté eller om de visar att de noggrant har gjort etiska överväganden. För att vidare känna säkerhet i bedömningen gällande vetenskaplig granskning av de valda artiklarna och deras publicering användes en hemsida vid namn Ulrichs web. Ulrichs web gav trygghet i bedömningen av att arbeta med en litteraturstudie eftersom erfarenheten är begränsad. Vid granskning användes Röda Korsets granskningsmall eftersom den skapar en bra, sammanfattande översikt över studierna samt är tydlig och lättförståelig. En svårighet under arbetsgången var när resultatet skulle kategoriseras korrekt, eftersom deltagarna i studierna beskrev sina liknande upplevelser olika. Enligt Friberg (2012) kan det uppstå svårigheter när författarna ska hitta bra benämningar på kategorier och abstraktioner. Granskning och analys av data som samlats in kan ha påverkats av författarnas tidigare begränsade erfarenhet, då det var första gången författarna genomförde en litteraturstudie (Henricson, 2012). Trovärdighet innebär att författarna ska visa om skapad kunskap är rimlig och om resultatet kan anses som giltigt (Wallengren & Henricson, 2012). Det är det bra att låta någon utomstående, som inte överhuvudtaget är insatt i ämnet, läsa texten för att med nya ögon se om texten är kommunikerbar (Friberg, 2012). För att få hjälp att bearbeta textens språk av utomstående togs språkhandledning till hjälp vid Göteborgs universitets vid enheten för akademiskt språk (ASK).

Flertalet artiklar verkade vid första anblick relevanta men visade sig sedan ha ett stort fokus på HbA1c värde, mätbarheten av HbA1c är tydligare än mätbarheten av begreppet egenvård. Egenvård som begrepp är relativt odefinierat i de artiklar som utforskar upplevelser kring begreppet, vilket innebar att tidigt i arbetet bestämdes vilken definition av egenvård som arbetades efter vid dataanalysen. Egenvård består av mycket mer än HbA1c värdet eftersom egenvård involverar hela människan och dess levnadssituation och inte bara objektiv data. Egenvårdsdefinitionen av Bagnasco et al. (2013) valdes bland andra, vilken säger att det innebär en persons förmåga att hantera symptom, behandling, de fysiska och psykiska konsekvenserna samt de förändringarna i livsstilen att leva med en kronisk sjukdom kan innebära.

Resultatdiskussion

Litteraturöversiktens resultat visade att personer med T2DM upplevde sig vara i centrum för den information och undervisning sjuksköterskan gav, vilket sedan bidrog till en upplevelse av motivation och kunskapsbildning. Därför kunde en känsla av självständighet vid egenvård

uppstå. Endast standardiserad vårdplan och envägskommunikation upplevdes inte skapa förståelse för syftet med egenvård och minskade förtroendet för sjuksköterskans kompetens.

Kunskap

Litteraturöversiktens resultat visade att kunskapsbildning och motivation upplevdes då personen stod i centrum för sjuksköterskans information och undervisning, vilket kan ställas i relation till Karlsens (2013) beskrivning av kommunikation mellan sjuksköterska och person i ett vårdssammanhang. Relationen mellan sjuksköterska och person kan motivera personen till livsstilsförändring genom kunskap och kommunikation med fokus på personen som resurs (Karlsen, 2013). Hantering av T2DM handlar i stort om att få den kunskap som behövs för att skapa egna strategier av egenvård (Kneck, 2013). Enligt personer som deltog i studierna av bland annat Herre et al. (2016), Brobeck et al. (2014) & Edwall et al. (2007) uttrycktes att information som var anpassad efter deras situation lättare uppmuntrade dem till livsstilsförändringar. När personer i studierna var nöjda med information och undervisning från sjuksköterskan upplevde de sig besitta den kunskap de behövde för att hantera sin sjukdom. Enligt Gustavsson (2002) skiljer sig information och kunskap åt då kunskap är något som förankrats efter att ha bearbetat och förstått informationen.

Litteraturöversiktens resultat visade att personer med T2DM upplevde information och undervisning av sjuksköterska som otillräcklig då de erhöll en standardiserad vårdplan, vilket de upplevde resulterade i en envägskommunikation (Rygg et al., 2010; Adolfsson et al., 2007; Carolan et al., 2014; & Crowe et al., 2016). Tingström (2014) betonar att när en person får information och undervisning måste hen förstå den fakta som ges, samt bearbeta den för att den ska övergå i kunskap. Individerna behöver analysera, reflektera och jämföra med vad hen har hört tidigare, genom bland annat diskussioner som kan bekräfta att personen förstått rätt (Tingström, 2014). Litteraturöversiktens resultat visade på att personer med T2DM inte upplevde tillräckligt med information, vilket kan göra det svårt att självständigt hantera sjukdomen genom egenvård eftersom de inte fick möjligheten att skapa kunskap. Litteraturöversiktens resultat visade även att förståelse av betydelsen för livsstilsförändring krävdes för att kunna utveckla den kunskap som erhållits sedan tidigare.

Personerna i studien av Stenner et al. (2010) upplevde att sjuksköterskans specialistutbildning var en resurs och att hen hade stor kunskap och erfarenhet, vilket resulterade i tydlig och detaljerad information. Informationen bearbetades till kunskap och tillämpades i egenvården. Deltagarna i studierna av Boyle et al. (2015), Oftedal et al. (2010) & Rygg et al. (2010) upplevde en osäkerhet på sjuksköterskans kompetens för undervisning i samband med egenvård vid T2DM. Osäkerheten beskrevs bero på att undervisningen inte innehöll tillräcklig information, samt att en varierad kunskapsnivå hos de olika sjuksköterskorna uppfattades, vilket resulterade i att studiernas deltagare inte fick svar på sina frågor, som kan indikera att sjuksköterskan har en viktig roll vid undervisningen av egenvård. Sjuksköterskan behöver ha kompetens att förmedla information på ett sätt som gör att en person kan omvandla information och undervisning till kunskap. Enligt högskoleförordning (SFS 2006:1053) och Göteborgs universitets läroplan för sjuksköterskeutbildningen (2013) ska den färdigutbildade sjuksköterskan enligt lokala mål, visa kunskap och förmåga att stötta och undervisa personer som vårdas och närstående. Enligt läroplanen för sjuksköterskeutbildningen är det endast en kurs på 15 högskolepoäng som berör ledarskap och lärande under de totalt sex terminer som utbildningen består av (Göteborgs universitet, 2013). I specialistsjuksköterskans utbildning inom diabetes ingår däremot pedagogik (SFSD & SSF, 2014). Enligt läroplan ingår en kurs på

15 högskolepoäng vilken enbart inriktar sig mot lärandet vid egenvård för personer med diabetes (Göteborgs universitet, 2015). Enligt Karlsen (2013) krävs pedagogisk kompetens för att sjuksköterskan ska kunna undervisa och motivera personer med T2DM att hantera sjukdomen och vardagen. Arbetet med T2DM indikerar behovet av stor pedagogisk kunskap hos sjuksköterskan. Under sjuksköterskans grundutbildning finns det ingen kurs som enbart fokuserar på pedagogik och kommunikation. Det antyder att den grundutbildade sjuksköterskan inte blir erbjuden tillräckligt med utbildning i pedagogik för att undervisa personer med T2DM.

Personcentrerad vård

I resultatet delgav personerna i de olika studierna sin upplevelse av sjuksköterskans information och undervisning när den var anpassad efter personen. Sjuksköterskan tog hänsyn till personernas situation och tankar vilket involverade personerna i diskussion om och kring sin behandling. Litteraturöversiktens resultat skapade reflektioner kring anledningarna till att information och undervisning ibland upplevdes som individuellt anpassad och ibland inte, det vill säga, när den upplevdes sätta diagnosen i centrum istället för personen.

Litteraturöversiktens resultat visar att en majoritet av de personer som upplevt sjuksköterskans information och undervisning som anpassad efter personen har, enligt definitionen av Ekman, Norberg & Swedberg (2014) samt Coulter et al. (2015) fått ett personcentrerat bemötande. I studien av Brobeck et al. (2014) & Halkoaho et al. (2013) upplevde de personer som deltagit i studierna att sjuksköterskan tog hänsyn till deras tankar vid undervisning, vilket upplevdes motivera till kunskapsbildning. I studierna av Oftedal et al. (2010) & Boyle et al. (2014) upplevde deltagarna att diagnosen sattes i centrum, vilket de gjorde bland annat på grund av standardiserad vårdplan och envägskommunikation vid undervisningen, som bidrog till en bristande förståelse för syftet med egenvård.

Enligt Ekman et al. (2011) kommer det alltid att behövas standardiserade vårdplaner för evidensbaserad omvårdnad. En standardiserad vårdplan behöver inte befinna sig i ett motsatsförhållande till principerna för personcentrerad vård; vilket kan innebära att en standardiserad vårdplan som grund för undervisningen har möjlighet att skapa en anpassad och personcentrerad vårdupplevelse, om de båda kompletterar varandra. Reflektion väcks kring Ekman et al. (2011) beskrivning, att den personcentrerade vården är en komplettering av den standardiserade vårdplanen, vilket ger möjlighet att anpassa vården efter personens förutsättningar. Den beskrivna upplevelsen av att diagnosen ställdes i centrum kan indikera att sjuksköterskorna i dessa studier inte lyckades i sitt arbete med att anpassa den standardiserade vårdplanen efter individen. Vidare beskriver Ekman et al. (2011) vikten av att den personcentrerade vården finns med som en given del av vårdprocessen, inte något som bara erbjuds då tid finns. Ur litteraturöversiktens resultat kan utläsas att sjuksköterskan kunde upplevas stressad vid mötet, vilket resulterade i otillräcklig undervisning och förlorat förtroende för sjuksköterskans kompetens (Edwall et al., 2007; Carolan et al., 2014; Rygg et al., 2010 & Boyle et al., 2014). Stress hos sjuksköterskan kan komma ur tidsbrist för att utföra sitt arbete. Det visar på att i samband med tidsbrist vid information och undervisning påverkas också förtroende till sjuksköterskan, vilket kan prägla utfallet så att behandlingen inte uppnår önskat resultat. Enligt Wolf & Carlström (2014) är tidsbrist en bidragande faktor till att den personcentrerade vården inte utförs och tidspressen är också ett hinder för att kunna ta till sig den personcentrerade värdegrunden. Wolf & Carlström (2014) betonar också att den tid som krävs för att sjuksköterskan ska stanna upp och analysera det de hör, idag inte finns i vården. Det räcker inte att ta sig tid till att lyssna, det krävs en reflektion för att tolka och förstå vad

personen faktiskt vill berätta (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Enligt Ekman et al. (2011) finns det enkla rutiner som kan förändras i sjukvården så att den personcentrerade vården kan bli en självklar del. De förslag på förändring i rutiner Ekman et al. (2011) presenterar är synen på personens egen berättelse som grund till en ömsesidig relation, vikten av ett gemensamt beslutsfattande och god dokumentation för kontinuitet och transparens.

Litteraturöversikten har belyst hur information och undervisning, när det nådde fram, kunde resultera i kunskap som ledde till en förståelse för sambandet mellan sjukdomen, det vardagliga livet och egenvården. En positiv upplevelse av information och undervisning resulterade i hanterbar egenvård för personen i hans vardag med T2DM. Genom att sjuksköterskan tar del av berättelsen, sätts personen i centrum. Ekman et al. (2011) beskriver hur berättelsen från personen med sjukdom är en källa till kunskap för sjuksköterskan i arbetet med personcentrerad vård. Som Coulter et al. (2015) nämnt är det personerna som har kunskap om sitt tillstånd och sjuksköterskan som har kunskap om sjukdomen, båda är viktiga för att en helhet ska skapas. Sammanfattningsvis kan sägas att information och undervisning som ges ur ett personcentrerat perspektiv blir av vikt för att personen ska kunna skapa kunskap till hjälp för en hanterbar egenvård.

Samtliga studier, utom en, i litteraturöversiktens resultat visade på vikten av anpassad information och undervisning för personerna. Trots att studierna visade på anpassad information och undervisning så väcks reflektioner kring otillräcklighet vid det personcentrerade bemötandet som en bidragande faktor, till de enligt Landin-Olsson (2015) kvarstående höga kostnader för diabetesvården. Det personcentrerade bemötandet vid information och undervisning kan kopplas till den personcentrerade vården som enligt Coulter et al. (2015) syftar till att stärka personer med T2DM i sin egenvårdsförmåga. Ekman et al. (2011) beskriver att det svåra inte är att poängtera vikten av personcentrerad vård för sjuksköterskan utan vetskapen om att hen inte arbetar personcentrerat, trots att hen förstår syftet. I resultatet till litteraturöversikten upplever personer enligt Halkoaho et al. (2013) att informationen de fått huvudsakligen handlade om sjukdom och medicinering. I studien av Oftedal et al. (2010) upplevde personerna sig inte delaktiga i besluten som togs gällande deras behandling. Detta kan antyda att inriktningen vid undervisning allt för ofta hamnar på det medicinska eller på sjukdomen, vilket ger upplevelsen av att personen glöms bort. Om sjuksköterskan som tror att hen arbetar personcentrerat faktiskt inte gör det, är det ett incitament för förändring, denna brist i vården bör uppmärksammas för att undvika konsekvensen att personen bakom sjukdomen glöms bort. Kan sjuksköterskan förändra sin information och undervisning i egenvård, så den utgår från ett personcentrerat förhållningssätt och bemötandet, finns större möjlighet att de personer som behöver den också upplever den tillräcklig.

Litteraturöversiktens syfte har besvarats genom att personer med T2DM delat sin upplevelse av att information och undervisning fungerar bäst när den är anpassad till varje person, för att kunskap till hanterbar egenvård ska utvecklas. En stor del av sjuksköterskans uppdrag är att informera och undervisa i mötet med personer vilket kräver att personerna förstår den information och undervisning som ges. Litteraturöversiktens resultat visade på den viktiga roll sjuksköterskan hade för att göra information och undervisning tydlig och förståelig, vilket inte alltid upplevdes av personerna som deltog i studierna. Oförmåga att förstå sjuksköterskans undervisning kan indikera att det finns ett behov av utveckling i sjuksköterskans utbildning och profession inom området kommunikation och pedagogik. Information och undervisning

är de huvudsakliga verktygen som skapar kunskap för att personer med T2DM ska få förutsättningarna att utveckla en hanterbar egenvård med hjälp av sjuksköterskan. Personcentrering är en grundläggande del för att effektivisera behandlingen av kroniska sjukdomstillstånd (Ekman et al., 2011). Litteraturöversiktens resultat antyder att information och undervisning som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt är viktigt för personer med T2DM. Genom kontinuitet och en god vårdrelation kan personerna med T2DM få hjälp att hitta ett sätt att leva med sin sjukdom.

Slutsats

De upplevelser av sjuksköterskans information och undervisning som beskrivits i litteraturöversiktens resultat har visat på betydelsen av individuellt anpassad information och undervisning vid T2DM, för att kunskap och motivation skall skapas. Kunskap och motivation kunde i sin tur leda till självständighet, vilket resulterade i hanterbar egenvård då personerna förstod varför en livsstilsförändring var nödvändig. Information och undervisning som var anpassad efter personen med T2DM kunde resultera i en egenvård som innebar bibehållen livskvalité och minskad risk för komplikationer. När information och undervisning inte var individuellt anpassad utan bestod av standardiserad vårdplanering och envägskommunikation, brast förståelsen.

Implikationer för omvårdnad

I litteraturöversikten beskrivs vikten av anpassad information och undervisning för att praktisk och tillämpbar kunskap vid egenvård ska skapas. Resultatet av litteraturöversikten kan därför användas av sjuksköterskor inom diabetesvården för att skapa kunskap om upplevelser av personer med T2DM, vid information och undervisning, med syftet att anpassa det efter personens situation och behov. Litteraturöversiktens resultat kan även ha betydelse för sjuksköterskor som inte arbetar med diabetes. Majoriteten av personerna i studierna upplevde att informationen och undervisningen bör anpassas efter den person som tar emot den, och belyser vikten av upplevd delaktighet i den egna behandlingen, vilket har relevans för alla sjukdomstillstånd där information och undervisning i egenvård ges.

Fortsatt forskning

I litteraturöversiktens resultat kan ett behov av ett utökat personcentrerat förhållningssätt under sjuksköterskans information och undervisning relaterat till egenvård, utläsas. Deltagarna i fem studier upplevde att sjuksköterskan följde en standardiserad vårdplan, trots att hen enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska arbeta enligt ett personcentrerat förhållningssätt. Förslag till vidare forskning blir därför att genom befintlig och fortsatt kvalitativ forskning om personers upplevelser belysa vad som är viktigt för att personer ska uppleva information och undervisning anpassad efter deras behov. Förslagsvis kan en mall arbetas fram för optimal personcentrerad vård, i tillägg till den standardiserade vårdplanen, som sedan i sin tur kan hjälpa sjuksköterskan att anpassa information och undervisning efter varje individ. Ett sådant hjälpmedel kan öka sjuksköterskans trygghet och rutin i att utöva anpassad information och undervisning som en del av en personcentrerad vård, trots ett arbetsklimat med tidsbrist som idag präglar vården.

Referenslista

Artiklarna som redovisas i resultatdelen presenteras i referenslistan med en asterisk (*).

Aas, A-M. (2015). Kostens betydelse vid diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue. (Red), *Diabetes*.

Förebyggande arbete, behandling och uppföljning (s. 149–177). Lund: Studentlitteratur AB.

*Adolfsson, T. E., Starin, B., Smide, B., & Wikblad, K. (2007). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 45(7), 986-994. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.07.007

Allgot, B. (2013). Diabetes i ett patientperspektiv. I A. Skafjeld & Graue, M. (Red), *Diabetes. förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 249–260). Lund: Studentlitteratur AB.

Arborelius, E. (2013). Att tala med patienter om levnadsvanor. I B. Klang Söderkvist. (Red.), *Patientundervisning* (s. 189–207). Lund: Studentlitteratur AB.

Bagnasco, A., Di Giacomo, P., Da Rin Della Mora, R., Catania, G., Turci, C., Rocco, G., & Sasso, L. (2013). Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systematic review protocol. *Journal of advanced nursing*, 70(1). 187-200. doi: 10.1111/jan.1217

*Boyle, E., Saunders, R., & Drury, V. (2015). A qualitative study of patient experience of type 2 diabetes care delivered comparatively by general practice nurse and medical practitioners. *Journal of clinical nursing*, 25(13), 1977-1986. doi: 10.1111/jocn.13219

*Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 1-14. doi: 10.1186/1472-6955-13-13

* Carolan, M., Holman, J., & Ferrari, M. (2014). Experience of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 24(7), 1011-1023. doi: 10.1111/jocn.12724

* Crowe, M., Whitehead, L., Bugge, C., Carlyle, D., Carter, J., & Maskill, V. (2016). Living with sub-optimal glycaemic control: the experience of Type 2 diabetes diagnosis and education. *Journal of advanced nursing*, 73(3), 612-621. doi: 10.1111/jan.13145

Coulter, A., Entwistle, V.A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of systematic reviews*, 3(3) doi:

- Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 23–35). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329–342). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s. 69–92). Stockholm: Liber.
- Eldh, A-C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 485–501). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Edwall, L-L., Danielsson, E., & Öhrn, I-B. (2009). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Caring Sciences*, 24(2), 341-348. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00726.x
- *Edwall, L-L., Hellström, A-L., Öhrn, I., Danielson, E. (2007). 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
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4) 248–251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
- Friberg, F. (2012). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 81–94). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fridlund, B. (2012). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 177–189). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gustavsson, B. (2002). *Vad är kunskap? En diskussion om praktisk och teoretisk kunskap*. Kalmar: Lenanders Grafiska AB.
- Graue, M., & Haugstvedt, A. (2013). Lärande, undervisning och handledning. I A. Skafjeld., &

- Graue, M. (Red.), *Diabetes. förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s.287–303). Lund: Studentlitteratur AB.
- Göteborgs universitet. (2013). Kursplan - utbildningsplan för Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng. Göteborg: Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.
- Göteborgs universitet. (2015). Kursplan - utbildningsplan för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård, 60 högskolepoäng. Göteborg: Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien.
- *Halkoaho, A., Kangasniemi, M., Niinimäki, S., & Pietilä, A-M. (2013). Type 2 diabetes patients' perceptions about counselling elicited by interviews: is it time for a more health-oriented approach? *European Diabetes Nursing*, 11(1), 13–18.
- Hansson, S. M. (2013). Att lära sig ha en sjukdom. I B. Klang-Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 75–83). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur Ab.
- *Herre, J.A., Graue, M., Hope Kolltveit, B-C., & Gjengedal, E. (2016). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition - a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(2), 382-390. doi:10.1111/scs.12260
- International Council of Nurses (ICN). (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-03-07, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Iversen, M. M., & Skafjeld, A. (2013). Diabetesvårdens organisation och tvärprofessionellt samarbete. I A. Skafjeld., & M. Graue (Red.), *Diabetes. Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 307–317). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karlsen, B. (2013). Det individuella handledningssamtalet - nyckeln till bättre diabeteshantering? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes. förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 261–285). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karolinska institutet. (2017). *Användbara databaser och webbplatser*. Hämtad 2017-03-21, från <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/anvandbara-databaser-och-webbplatser>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69–90). Lund: Studentlitteratur AB.

- Kneck, Å. (2013). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I B. Klang-Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 17–39). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård* (s. 21–62). Stockholm: Liber.
- Landin-Olsson, M. (2015). Diabetes Mellitus. I S. Sjöberg., & C. Mattson (Red.), *Klinisk endokrinologi* (s. 317–367). Lund: Studentlitteratur AB.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos AB.
- Måløy, A-K. (2013). Praktisk tillämpning. I A. Skafjeld., & M. Graue (Red.), *Diabetes. Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 123–144). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nationella Diabetesregistret. (2017). Hämtad: 2017-03-07, från <https://www.ndr.nu/#/>
- Nilsson, B., & Waldermarson, A. K. (2007). Kommunikation – samspel mellan människor. Polen: Studentlitteratur.
- *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
- *Rygg, Ø. L., Rise, B. M., Lomundal, B., Solberg, S. H., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education - A qualitative study. *Scandinavian Journal of public health*, 38(8), 788-793. doi:10.1177/1403494810382475
- Sagen, V. J. (2013). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld., & M. Graue (Red.), *Diabetes. Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 179-191). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sagen, V, J. (2013). Sjukdomslära. I A. Skafjeld., & M. Graue (Red.), *Diabetes. Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (s. 23–87). Lund: Studentlitteratur AB.
- SBU. (2009). *Patientutbildning vid diabetes - en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- SBU. (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården - en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Segersten, K. (2012). Att välja modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 97–100). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2015a). *Nationella riktlinjer - diabetesvård - Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Falun: Edita Bobergs AB.

Socialstyrelsen. (2015b). *Nationella riktlinjer för diabetesvård - vetenskapligt underlag bilaga*. Falun: Edita Bobergs AB.

Socialstyrelsen. (2012c). Motiverande samtal (MI). Hämtad: 2017-03-07, från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>

Socialstyrelsen. (2011d). *Om åtgärderna i riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad: 2017-03-07, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/sokiriktlinjerna/omatgardernairiktlinjernafor sjukdomsforebyggandemetoder>

Socialstyrelsen. (2015e). *Nationella riktlinjer för diabetesvård - stöd för styrning och ledning*. Falun: Edita Bobergs AB.

Socialstyrelsen. (2009). SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Hämtad: 2017-03-16, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>

*Stenner, L. K., Courtenay, M., & Carey, N. (2010). 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

Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2017-03-21, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård & Svensk sjuksköterskeförening (SFSD & SSF). (2014). *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för specialistsjuksköterskan i diabetesvård*. Hämtad 2017-03-07, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_sjukskoterska.diabetes.vard.pdf

- Tingström, P. (2014). Information och undervisning. I F. Friberg., & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt* (s. 595–619). Lund: Studentlitteratur AB.
- Västra Götalands region. (2016). *Regional medicinsk riktlinje – läkemedel - diabetes typ 2*. Hämtad 2017-03-07, från <http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/MR/160630%20RMR%20Diabetes%20typ%202.pdf>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.482–496). Lund: Studentlitteratur AB.
- WHO. (2016b). *Diabetes*. Hämtad 2017-03-07, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- WHO. (2014a). *Noncommunicable diseases*. Hämtad 2017-03-15, från http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 2013. *The Journal of the American Medical Association*, 310 (20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Wolf, A., & Carlström, E. (2014). Förutsättningar för omställning till personcentrerad vårdledarskap, medarbetarskap och organisation. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s. 113–128). Stockholm: Liber.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57–81). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1. Söktabell

| Datum | Namn | Databas/ Begränsningar | Sökord | Träffar | Relevans/Kvalitet |
|----------|---|--|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| 17-02-20 | Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views | Cinahl, peer reviewed, published date: 2010-2017, Clinical Queries: Qualitative - Best Balance | diabetes mellitus type 2, self-care OR self- management, support, factors | 200 relevanta: 17, valda: 1 | Hög relevans och kvalitet. |
| 17-02-20 | Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes | Cinahl, peer reviewed, 2008-01-01 - 2017-01-01 | diabetes mellitus type 2, self-care, experience, factors | 50 relevanta: 2 valda: 1 | Medel relevans och kvalitet. |
| 17-02-20 | Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study | Cinahl, peer reviewed, 2008-01-01-2017-01-01, qualitative best balance | diabetes mellitus type 2, self-care, factors, education | 23 relevant: 2 vald: 1 | Hög relevans och kvalitet. |
| 17-02-28 | Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study | Pubmed, 10 years, clinical trial | diabetes mellitus type 2, education, patients, experience | 13 träffar, relevanta: 4, valda :1 | Hög relevans och kvalitet. |
| 17-03-02 | A qualitative study of patient experiences of Type 2 Diabetes care delivered comparatively by General Practice Nurses and Medical Practitioners | Scopus, article, nursing, health professions, | diabetes mellitus type 2, self-management, education, experience | 58, relevanta: 5, valda: 1 | Hög relevans och kvalitet |
| 17-03-02 | The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. | Cinhal, peer reviewed, 2008–2017 | diabetes mellitus type 2, self-management, experience | 75, relevanta: 6, valda: 1 | Medel relevans och kvalitet. |
| 17-03-03 | Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: A qualitative study | Scopus, article, nursing, health professions | diabetes type 2, self-care, primary care, experience | 27, relevanta: 7, vald: 1 | Hög relevans och kvalitet. |
| 17-03-03 | Living with sub-optimal glycaemic control: the experiences of Type 2 diabetes diagnosis and education | Scopus, article nursing, health professions | diabetes mellitus type 2, experience, education | 160 träffar, relevanta: 10, valda:1 | Medel relevans, hög kvalitet. |
| 17-03-04 | The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes | Scopus, english, nursing | type 2 diabetes, patient, experience, nurse | 50, relevanta: 5, valda: 2 | Hög relevans och kvalitet. |

| | | | | | |
|-----------------|--|--------------------------|---|---------------------------|----------------------------------|
| 17-03-04 | Type 2 diabetes patients' perceptions about counselling elicited by interview: is it time for a more health-oriented approach? | Scopus, english, nursing | diabetes type 2, patient, experience, nurse | 50, relevanta: 5, valda:2 | Hög relevans och medel kvalitet. |
|-----------------|--|--------------------------|---|---------------------------|----------------------------------|

Sekundärsökning via Scopus:

Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition - a focus group study among people with type 2 diabetes hittades 17-03-01 via Scopus genom "cited by" till artikeln Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches-A qualitative study. Vi anser att artikeln är hög i relevans och kvalitet.

Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes hittades 17-03-01 via Scopus i referenslistan till artikeln Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches - A qualitative study. Vi anser att artikeln är hög i relevans och kvalitet.

Bilaga 2. Röda korsets granskningsmall

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? | |

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

| 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) Urval (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) säkerställdes? 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? | |

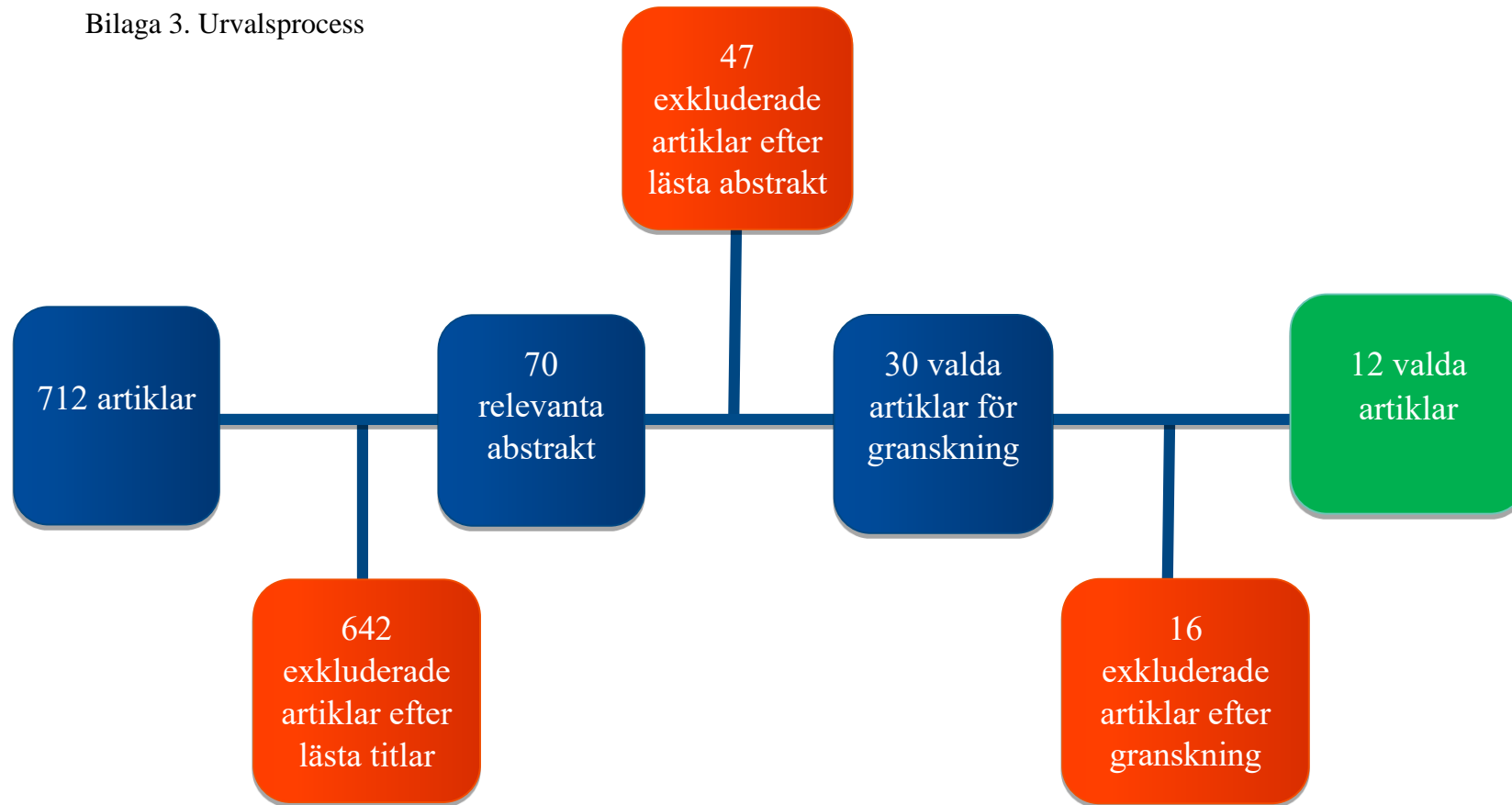
Bilaga 2. Röda korsets granskningsmall

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

| | |
|--|--|
| 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? | |

Detta förstår jag inte:

Bilaga 3. Urvalsprocess



Bilaga 4. Tabell över inkluderade artiklar

| Titel, författare | Land, år, tidskrift | Syfte | Metod | Resultat | Kvalitet |
|---|--|--|---|--|--------------|
| The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes - Edwall, Hellström, Öhrn, Danielson. | Sverige, 2007, Journal of clinical nursing | Att belysa upplevelsen av regelbundna kontroller med specialistsjuksköterskan av patienter med T2DM | Kvalitativ studie. Narrativ intervju. Urval: personer som haft T2DM >3 månader och medicinsk behandling med tabletter eller insulin samt över 30 år, HbA1c >5,3%. | Upplevelsen och vikten av bekräftelse från sjuksköterskan för relationen, förtroendet och samarbetet. Upplevelsen av att få vägledning från sjuksköterskan i sjukdomsprocessen genom nödvändig kunskap. Att bli självsäker och självständig genom att förstå sjukdomen och hanteringen av den. Upplevelsen av hjälp att identifiera hälsorisker samt en trygghet av kontinuiteten. | Hög kvalitet |
| Living with sub-optimal glycaemic control the experience of Type 2 diabetes diagnosis and education - Crowe, Whitehead, Bugge, Carlyle, Carter & Maskill | Nya Zeeland, 2016, Journal of advanced nursing | Att undersöka upplevelsen av diagnos och utbildning hos personer med diabetes typ 2 | Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Urval: Personer >18 år med diagnos T2DM samt ett HbA1c utanför referensram i >12 månader. | Upplevelsen från deltagarna att när de fick diagnosen T2DM att sjukdomen förminskades från sjukvårdspersonalen. Upplevelsen skapade en bild av att det inte var en allvarlig sjukdom och tog den inte på allvar. De upplevde brist på adekvat information och stöd från sjukvården och upplevdes inte individanpassad. | Hög kvalitet |
| Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views - Stenner, Courtenay & Grey. | Storbritannien, 2010, International journal of nursing studies | Att utforska patientens syn på rådgivning med sin sjuksköterska | Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Urval: Personer >16 år med diabetes typ 1 eller 2 som fått medicinering förskrivet av sjuksköterska. | Upplevelsens av sjuksköterskans rådgivning som ostressad, intresserad och flexibel. Fördelar som upplevs med sjuksköterskan är att lättare skapa relation vid kontinuitet, ställa frågor, lösa problem och känna att de arbetar som ett team. Upplevelsen av delaktighet skiljer sig åt. | Hög kvalitet |
| Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing a qualitative study - Brobeck, Odencrants, | Sverige, 2014, BMC Nursing | Att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever livsstilsdiskussioner baserat på MI i öppenvården | Kvalitativ studie med intervjuer via telefon. Urval: Personer som haft MI som samtalsmetod under minst tre tillfällen med en sjuksköterska. | Upplevelse av ömsesidig kontakt, sjuksköterskan var närvarande och lyssnade på dem. Det gjorde att motivationen ökade till livsstilsförändringar och självbestämmande. Tillit och förtroende | Hög kvalitet |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------|
| Bergh & Hildingh | | | | skapades för sjuksköterskan. Personerna upplevde välmående, stöd, bekräftelse. | |
| The meaning of consultation with the diabetes nurse specialist - Edwall, Danielsson & Öhrn. | Sverige, 2009, Scandinavian journal of nursing | Att belysa meningen av rådgivningen med diabetessjuksköterskan för att få en djupare förståelse av patientens upplevelse | Kvalitativ studie. Narrativa intervjuer. Urval: Personer som haft rådgivning med diabetessjuksköterskan, ålder >30 år och haft T2DM >3 månader, HbA1c >5,3%. | Upplevelsen av frustration- eller obehagskänslor i samband med insikt eller egenvård av sjukdomen. Upplever en säkerhet i kunskapen de fått av sjuksköterskan för att hantera sjukdomen vilket leder till en större kropp- och sjukdomskontroll. Meningen med rådgivningen upplevde patienterna vara att skapa en sjukdomskontroll genom undervisning. | Medelhög kvalitet |
| Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes - Carolan, Holman & Ferrari. | Australien, 2014, Journal of clinical nursing | Att utforska upplevelser och orosmoment hos personer vid T2DM. Företrädningsvis en viss samhällsklass | Kvalitativ studie. fokusgrupper med öppna frågor. Urval: Ha T2DM diagnos samt vara bosatt och få behandling i vissa förorter. | Upplevelsen av informationen vid diagnos av T2DM som överväldigande. Det önskas mer anpassad information med tydliga instruktioner. Patienterna beskriver också en oro inför den bristande undervisningen av hälsosam kost, vilket skapar osäkerhet. | Medelhög kvalitet |
| Type 2 diabetes patients' perceptions about counselling elicited by interview: is it time for a more health oriented approach? - Halkoaho, Kangasniemi, Niinimäki & Pietilä | Finland, 2013, European diabetes nursing | Att beskriva diabetespatientens egenvårdsförmåga och upplevelse av sjuksköterskans rådgivning. | Deskriptiv, kvalitativ, semistrukturerade intervjuer. Urval: T2DM patienter ur två allmänna vårdcentraler som frivilligt deltog. | Upplevelsen av resurser för hantering av sjukdomen är kunskap och stöttande relationer. Den heliga treenigheten för god egenvård beskrivs som kost, träning och medicinering. Delade upplevelser kring om informationen och undervisningen är individanpassad. | Medelhög kvalitet |
| Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes - Oftedal, Karlsen & Bru | Norge, 2010, Journal of advanced nursing | Att undersöka hur personer med diabetes får till sig information på olika sätt och hur det påverkar motivationen till egenvård | Deskriptiv/explorativ, kvalitativ studie med fokusgrupper Urval: Personer från enheter som utför diabetesvård, 30–65 år, T2DM i >1 år. | Upplevelse av empati hos sjuksköterskan var viktigt hos personerna. Att bli lyssnad till och förstådd ökade motivationen vilket skapade delaktighet. Vid brist på empati var det ofta fokus på standardmall och objektiv data som gjorde att personerna saknade praktiska råd och önskade mer individanpassad. | Hög kvalitet |
| A qualitative study of patient experience of type 2 diabetes care | Australien, 2016, Journal of clinical nursing | Att utforska deltagarnas upplevelse av diabetessjuksköterskan | Kvalitativ studie. Semi-strukturerade intervjuer. Urval: Personer >35 år, | Upplevde huvudsakligen negativa känslor relaterat till diagnosen, utmaningar i att leva med diabetes samt förståelse. | Hög kvalitet |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|-------------------|
| delivered comparatively by general practice nurse and medical practioners - Boyle, Saunders & Drury | | vid T2DM. | T2DM och ha en behandlingsplan med diabetessjuksköterskan. | Förväntningar av sjuksköterskan var undervisning och stöttning, vilket upplevdes otillräckligt. Kunskapens utformning och upplevd tillit till sjukvården var viktigt för personerna. | |
| Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition - a focus group study among people with type 2 diabetes - Jorunn Herre, Graue, Hope Kolltveit, Gjengdal | Norge, 2016, Scandinavian journal of caring science | Att få ny kunskap om hur personer upplever deltagandet i egenvårdskurs med andra personer som också har T2DM samt effekten det har på deras egenvård. | Kvalitativ studie. Fokusgrupper. Urval: Personer som deltagit i egenvårdskurs för T2DM. De som inte pratar språket eller var allvarligt sjuka, somatiskt eller psykiskt blev inte tillfrågade. | Studien poängterar vikten av egenvård vid T2DM. Upplevelsen av konkreta tips och verktyg för att hantera sjukdomen. Upplevelsen av egenvårdskursen visar på ökad insikt och kunskap vilket resulterar i större motivation och trygghet. Slutsatsen visar på hur viktigt det är med information och undervisning vid diabetesvård. | Hög kvalitet |
| Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study- Rygg, Rise, Lommundal, Solberg & Steinsbekk | Norge, 2010, Scandinavian journal of Public Health | Att undersöka varför patienter med diabetes typ 2 vill delta i gruppbaserad utbildning. | Kvalitativ studie. semistrukturerade intervjuer. Urval: Personer med T2DM som har varit med i grupper för personer med T2DM på sjukhusen. | Upplevelsen av osäkerhet över sjukdomen samt praktiska problem i vardagen. Upplevelsen av otillräcklig information från sjukvården med obesvarade frågor. De hade en önskan efter att få dela med sig och undran om andra delar liknande upplevelser. | Hög kvalitet |
| The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist - Edwall, Danielsson & Öhrn | Sverige, 2009, Scandinavian Journal of Caring Sciences | Att undersöka betydelsen av konsultation mellan diabetessjuksköterskan och patienten för en djupare förståelse av patientens upplevelse | Kvalitativ studie. Narrativa intervjuer. Urval: Personer med T2DM som haft möte med sjuksköterska och hafts T2DM i >3 månader, >30 år samt förhöjt HbA1c. | Upplevdes viktigt att skapa en öppen relation och att få stöd från sjuksköterskan för att våga testa nya saker och känna sig bekväm. De upplevde sig förberedda genom god kommunikation och information vilket gjorde de mer medvetna i sin sjukdom. | Medelhög kvalitet |