



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Sjuksköterskans strategier för att hjälpa patienten till en god egenvård

En kvalitativ innehållsanalys

Författare: Annelie Blomgren &
Annika Engström Andreasson

Handledare: Ann-Charlott Wikström

Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp

Magisternivå

HT 2014 & VT 2015

Titel Sjuksköterskans strategier för att hjälpa patienten till en god egenvård
Title The nurse´s strategies to assist the patient to a good self-care
Författare Annelie Blomgren & Annika Engström Andreasson
Institution Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art Examensarbete för Specialistsjuksköterskan, 15 hp
Termin VT 2015
Antal sidor 21

Abstract

Background: People with a chronic illness such as asthma / COPD (chronic obstructive pulmonary disease), diabetes and congestive heart failure/hypertension are now a days returning to home from hospital a lot earlier than before and therefore need more support, advice, and help from the primary care nurse to be able to manage the disease

Aim: The aim of the study was to describe the nurse´s strategies in the meeting with the patient in order to create the best preconditions for a good self-care.

Method: A qualitative study was set up. Eight nurses with specialist responsibility within the area of asthma / COPD (chronic obstructive pulmonary disease), diabetes or congestive heart failure/hypertension were interviewed. The interviews were analyzed according to a qualitative content analysis.

Results: From the analyzed interview material four categories with each three sub-categories emerged. The four categories that appeared was: To be based on the patient´s needs, to see the whole individual, to reach the patient through means and to move forward when things does not work out as planned. Common for these four categories is the rule of the nurse guiding the patient in the realization of a good self-care.

Conclusion: All nurses in the study stresses the importance of seeing and meeting the patient on his level, in order to be able to support, help and provide the tools needed for the realization of a good self-care.

Keywords: Chronic illness, meeting, nurse, patient, self-care

Sammanfattning

Bakgrund: Många patienter med kroniska sjukdomar såsom astma/KOL, diabetes och hjärtsvikt/hypertoni kommer hem allt tidigare från en sjukhusvistelse och behöver därför mer support, råd och hjälp från sjuksköterskan inom primärvården för att kunna hantera sin sjukdom.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans strategier för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för en bra egenvård hos patienten.

Metod: En kvalitativ studie genomfördes. Åtta sjuksköterskor med specialistansvar som astma/KOL, diabetes eller hjärtsvikt/hypertonisjuksköterska på vårdcentral intervjuades. En kvalitativ innehållsanalys av insamlad data genomfördes.

Resultat: Ur det analyserade intervjumaterialet växte fyra kategorier med vardera tre tillhörande subkategorier fram. De fyra kategorierna som framkom var: Att utgå ifrån patientens behov, Att se hela individen, Att nå patienten genom användning av hjälpmedel och Att komma vidare när det inte blir som planerat. Som en röd tråd genom dessa kategorier går sjuksköterskans roll i att vägleda patienten i genomförandet av en god egenvård.

Slutsats: Samtliga sjuksköterskor i studien framhåller vikten av att se och möta patienten på dennes nivå. Detta för att nå fram till patienten och kunna stötta och ge den hjälp och de redskap patienten behöver i genomförandet av egenvård.

Nyckelord: Egenvård, kronisk sjukdom, möte, patient, sjuksköterska

Innehåll:

Inledning	1
Bakgrund	1
Primärvårdens ansvar	1
Distriktssköterskans ansvar	2
Sjuksköterskans roll	2
Egenvård	3
Tidigare studier inom området	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Urval	6
Datainsamling	6
Etik	7
Analys	7
Resultat	8
Att utgå ifrån patientens behov	9
Att göra patienten delaktig	9
Att besvara och ställa frågor	9
Att förtydliga med hjälp av kroppsspråk	10
Att se till hela individen	10
Att skapa förtroende	10
Att se var patienten är någonstans	10
Att anpassa informationen till patienten	11
Att nå patienten genom användning av hjälpmedel	11
Att använda sig av visuella hjälpmedel	11
Att identifiera individuella mål	12
Att få patienten att förstå och ta till sig det som sägs	12
Att komma vidare när det inte blir som planerat	13
Att klargöra den medicinska följsamheten hos patienten	13
Att hjälpa patienten att förstå sin sjukdom	13
Att trots svårigheter försöka motivera till livsstilsförändringar	14
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Konklusion	17
Kliniska implikationer	17
Förslag till fortsatt forskning	18
REFERENSER	19

Bilaga I	Informationsbrev
Bilaga II	Informerat samtycke
Bilaga III	Intervjufrågor

Inledning

I vårt moderna samhälle förkortas vårdtiden ineliggande på sjukhus för de flesta patienter. Detta leder till att många patienter med kroniska sjukdomar kommer hem tidigare. De skickas ofta hem från sjukhuset innan de lärt sig hur de ska hantera sin nya situation. Många patienter, behöver därför mer support, råd och hjälp från primärvården och sjuksköterskan för att kunna hantera sin sjukdom. Sjuksköterskorna i primärvården möter patienter med olika slags kroniska sjukdomar, där den tidiga hemgången från sjukhuset är representerad, till exempel patienter med astma/KOL eller diabetes. Dessutom möter de ofta patienter med hypertoni, vilka oftast inte blir inlagda på sjukhus, men de kan behöva hjälp med att lära sig hantera detta. Dessa sjukdomar har idag blivit ett folkhälsoproblem i Sverige. Enligt Socialstyrelsen (2009) har idag närmare 1,5 miljoner av Sveriges befolkning astma eller KOL, cirka 400 000 människor har diabetes och förekomsten av hypertoni uppskattas till omkring 1,8 miljoner människor (SBU, 2007). Detta innebär att mer än en tredjedel av Sveriges befolkning lider av någon eller några av dessa sjukdomar. Sjuksköterskan behöver hjälpa patienten genom att ge råd och tips för att kunna leva med sin kroniska sjukdom i det dagliga livet. Genom att hjälpa patienten se möjligheter, få självförtroende och kunna ha kontroll över sitt liv (Konradsdottir & Svavarsdottir-Kolbrun, 2013).

På vårdcentralen möter sjuksköterskan patienter, ibland även deras anhöriga vilket är människor i alla åldrar och med olika bakgrund. Att kunna ge råd, stöd och information i samband med en kronisk sjukdom hos individen kan vara en utmaning. Utmaningen för sjuksköterskan ligger i att hjälpa patienten att få kontroll över sitt liv och motivera individen. Det är därför viktigt att klargöra hur sjuksköterskan arbetar för att genomföra ett bra patientmöte och hur hon genom det kan motivera och stödja patienten till en god egenvård.

Bakgrund

Primärvårdens ansvar

Allt fler äldre (>65 år) sjuka vårdas i det egna hemmet jämfört med tidigare. Detta är ett resultat av en stegvis förändring för att få kortare vårdtider inom slutenvården, mer öppen specialiserad vård och en mer avancerad vård i hemmet, samt av den medicinska och medicintekniska utvecklingen. Detta har lett till att primärvården och den kommunala vården och omsorgen har fått en annan roll inom hälso- och sjukvården och ett allt större ansvar för vården av människor som drabbats av kronisk sjukdom. Primärvården förväntas ta huvudansvaret för och fungera som koordinator i vården och omsorgen av de sjuka. Dessa patienters behov av primärvård handlar främst om kontinuitet, längre besökstider och planerade återbesök med uppföljning. Det är inte enbart patienterna som behöver tillgång till primärvården, utan den behöver även vara tillgänglig för andra vårdgivare såsom kommunal hemsjukvård samt övrig personal inom den specialiserade vården vid behov av konsultation (Socialstyrelsen, 2014).

Då många av dessa patienter är multisjuka krävs en trygg och säker vård som gör att patienten känner att ansvarig läkare, sjuksköterska och övrig personal känner till patienten och dess behov inom flera områden. Det finns behov av en fast vårdkontakt i primärvården för att kunna hjälpa patienten att samordna vårdens insatser samt att förmedla kontakter med andra instanser inom hälso- och sjukvård vid behov. Särskilt de äldre sjuka med insatser från flera olika vårdgivare behöver hjälp med att samordna dessa (Socialstyrelsen, 2014).

Mycket i samhället handlar om ekonomi och besparingar, detta gäller även inom primärvården. Vårdgivarna får ersättning bland annat utifrån mängden besök, vilket tyvärr ofta leder till att

patientbesöken inte blir i den omfattning patienten önskar och behöver. Istället planeras så många besök som möjligt in, då kan det många gånger bli så att patienten undviker att ställa frågor om personen de möter ger ett stressat och forcerat intryck. Här tydliggörs då ytterligare behovet av en god och tydlig kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten (Boström, Hörnsten, Persson, Rising & Santamäki, 2012).

Distriktssköterskans ansvar

Distriktssköterskan skall i sin profession arbeta utifrån ett etiskt och vetenskapligt förhållningssätt. Arbetet skall vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att distriktssköterskan skall ha ett kunnande på ett mångkulturellt plan samt ha förmåga till att arbeta självständigt med ett professionellt ansvar. Ett etiskt förhållningssätt innebär respekt för patientens integritet, autonomi samt förmåga att betrakta varje patients situation och miljö som unik. Distriktssköterskan skall arbeta förebyggande, hälsofrämjande samt ha ett reflekterande förhållningssätt. Ett hälsofrämjande synsätt innebär att ha förmåga och kompetens att kunna se och möta patienten genom ett holistiskt synsätt samt stärka patienten till en god hälsa (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

Enligt ICN:s (International Council of Nursing, 2012) etiska koder är distriktssköterskans uppgift att förebygga sjukdom, främja hälsa, återställa hälsa, reducera förekomst av sjukdomar och personskador som är vanliga i samhället samt ha kunskap och förmåga att lindra lidandet som detta kan orsaka. Distriktssköterskan skall stödja patienten i att kunna leva med en kronisk sjukdom samt ha respekt för patientens livsvärld och personens individuella val. Det förväntas att hon har fördjupade kunskaper i att förstå familjens och individens resurser utifrån ett holistiskt och hälsofrämjande perspektiv. Distriktssköterskan förväntas även ha kunskap i pedagogik, att kunna ge stöd och handleda patienten och anhöriga. Distriktssköterskan bör ha fördjupade kunskaper om hur samhället påverkar individen och kunna göra medvetna val av behandlingar och vård ur ett hälsoekonomiskt perspektiv (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). För att distriktssköterskan skall kunna vara till hjälp för sina patienter behöver hon utveckla en god relation med dem. Det är av stor vikt för patienten och en förutsättning för god, professionell omvårdnad att relationen mellan distriktssköterskan och patienten är bra. Denna relation är av avgörande betydelse för hur patienten tacklar sin situation. Distriktssköterskans bemötande är av stor betydelse för hur relationen dem emellan blir. En kompetent distriktssköterska har god kunskap inom sitt specialistområde och arbetar evidensbaserat. Om detta görs tillsammans med god omvårdnad blir relationen med patienten mycket positiv, vilket ger patienten en känsla av välbefinnande och hälsa (Halldorsdottir, 2008).

Sjuksköterskans roll

Att tilltala patienten vid namn och att få ögonkontakt är betydelsefullt i en god relation i patientmötet. Ett äkta genuint lyssnande och ett naturligt varmt tonfall i rösten hos sjuksköterskan får patienten att känna sig speciell och är faktorer som bidrar till en naturlig och god relation mellan patienten och sjuksköterskan (Halldorsdottir, 2008). Då målet är att patienten skall känna stöd och kunna genomföra en del projekt själv bör det utvecklas en vårdande relation i mötet. En professionell vårdrelation kräver en professionell kunskap hos sjuksköterskan vilket leder till en större öppenhet i mötet och reflektion över relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Dahlberg & Segesten, 2010). Sjuksköterskan behöver fortlöpande utveckla sin kunskap och sin vårdande förmåga för att kunna bli bättre i mötet med patienten och för att bidra till en god patientkontakt. Samtalet är en viktig del i samvaron människor emellan, det är skillnad mellan det vardagliga samtalet och ett vårdande samtal. Det vårdande samtalet innebär ett äkta och genuint möte mellan patienten och sjuksköterskan. Svårigheter för det goda och vårdande samtalet kan vara miljöer som har paternalistiska drag där det kännetecknas av att tala till patienten och inte med patienten och där envägskommunikation föreligger (Dahlberg & Segesten, 2010). Relationen mellan sjuksköterskan och patienten är en omvårdande relation, allt vårdande av sjuksköterskor i praktiken baseras på två principer eller huvudtankar. Den

första principen är den mänskliga kommunikationen som är grunden inom alla typer av relationer. Detta innebär en skicklighet eller färdighet i att lyssna, visa empati och respekt. Den andra principen är de professionella yrkesetiska regler som måste guida och styra omvårdnaden, denna relation är en hjälpande relation som ger omvårdnaden en identitet och skiljer sig emot andra yrkesgrupper. Den professionella relationen mellan patienten och sjuksköterskan är en interaktiv process, som är nyckeln för att hitta former för vårdandet och omvårdnaden på olika nivåer (Granados, 2009).

De anhöriga har en stor roll och det är viktigt att låta dem vara delaktiga i omvårdnaden av patienten. Inom vårdvetenskapen betonas vårdandet ur patientens perspektiv, hur hon eller han upplever sin livssituation och betraktar sin livsvärld. Det är av stor betydelse att inkludera patientens anhöriga, särskilt när patienterna är äldre eller om sjukdomstillståndet är kroniskt (Dahlberg & Segesten, 2010). Grunden i sjuksköterskans omvårdande roll är en god kommunikation och interaktion mellan sjuksköterska och patient. För att kunna utföra en god omvårdnad är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om patientens livsstil. I sjuksköterskeprofessionens ansvarsområde ingår att ombesörja att de patienter som söker sjukvård får en god omvårdnad, vilket innebär ett bra omhändertagande som baseras på vårdvetenskaplig grund. Detta innebär att sjuksköterskan utvecklar och sprider kunskap som är anpassad till patientens livsstil oavsett ålder, kön och kulturell tillhörighet. När sjuksköterskan har kunskap om patientens livsstil underlättar det i arbetet att hjälpa och stödja patienten i val av åtgärder som behöver genomföras för att känna välbefinnande trots sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010). En viktig del av sjuksköterskans arbete är att göra patienten delaktig i vården för att uppnå bästa möjliga resultat av de insatser och åtgärder som görs. En delaktig och följsam patient är mer insatt i sin situation och kan själv genom egna åtgärder påverka den (Socialstyrelsen, 2012).

Egenvård

En omvårdnadsteoretiker som arbetade mycket med begreppet egenvård är Dorothea Orem vars omvårdnadsteori innefattar begreppen omvårdnad, hälsa, människa och miljö. Hon beskriver människan som en tänkande varelse med förmåga att kommunicera och vilja att utföra handlingar som är till nytta för både henne själv och andra. Människan beskrivs som en aktiv individ med hög grad av frihet. Egenvård innebär utförande av handlingar som människan utför för att bibehålla hälsa, liv och välbefinnande. Egenvård innebär enligt Orem även människans vilja att ta hand om och visa omsorg om behövande anhöriga samt andra i hennes omgivning. För att en person skall kunna utföra egenvårdshandlingar bör behoven vara medvetandegjorda och identifierade. Normalt sett har människan förmåga att själv bedöma och identifiera sina egenvårdsbehov samt kunna besluta hur hon skall förhålla sig till dem i sitt vardagliga liv. Egenvårdsprocessen kan delas in i två faser, där den ena fasen innebär den bedömning som personen gör angående den gällande situationen och som leder till ett beslut om vad som behöver göras för att uppnå ett bestämt mål. Den andra fasen är de handlingar som utförs för att nå det identifierade målet. Kunskap och förmåga att lära är en viktig del i människans möjligheter att kunna utföra egenvård på ett bra sätt. Orem skiljer på utåtriktade och inåtriktade egenvårdshandlingar. Med utåtriktade egenvårdshandlingar avses handlingar som utförs för att söka kunskap, stöd och resurser, medan inåtriktade egenvårdshandlingar är inriktade på egna känslor, tankar och reaktioner (Orem, 2001).

I vårt moderna samhälle passar egenvårdstänkandet väl in då människan förväntas att i stor utsträckning vara självständig och ta ansvar för sitt egna liv, detta ansvar åligger både den enskilda människan och samhället i stort. Egenvårdstänkandet innebär att personen förändrar gamla vanor samt utvecklar nya goda vanor och handlingar för att främja hälsa. Begreppen hälsa och välbefinnande berör olika tillstånd hos individen men är ändå nära förknippade med varandra. Begreppet hälsa beskriver ett tillstånd kännetecknat av helhet och friskhet hos individen. Välbefinnandet inbegriper personens upplevelse av sitt liv och sin situation och kan således upplevas trots motgångar och sjukdom. Hälsoproblem kan göra att en person blir helt eller delvis beroende av andra individer i sin omgivning. I mötet med patienten undersöker sjuksköterskan vilka

egenvårdsbehov patienten behöver hjälp med och hur dessa behov kan tillgodoses. Sjuksköterskan kartlägger de konkreta handlingar som behöver göras för att nå målet i syfte att uppleva en känsla av välbefinnande och hälsa (Orem, 2001). Behovet av egenvård finns hos alla människor och utifrån hur väl dessa är kända och möjligheterna att tillgodose dem är klargjorda vill oftast personen själv utföra dessa handlingar för att nå målet. Det är av vikt att personen lär sig leva med sin sjukdom och de konsekvenser som kan uppstå i samband med behandlingen av den. Detta i syfte att främja personlig utveckling för att uppnå hälsa och välbefinnande. Individen upplever situationen och hälsotillståndet utifrån sitt eget perspektiv. Upplevelsen påverkas utifrån individens erfarenheter, värderingar och attityder. Det är viktigt att sjuksköterskan känner till vilken insikt personen har i sin situation, hur han eller hon tolkar sjukdomstecken och symtom samt uppfattar sin förmåga till egenvård. Detta är information som sjuksköterskan måste inhämta och använda sig av i mötet med patienten. Enligt Socialstyrelsen (2009) har sjuksköterskor en skyldighet att informera patienten och presentera förslag på åtgärder som kan genomföras som egenvård, och tillsammans med patienten planera för hur egenvården ska utföras (SOSFS 2009:6). Att utföra omvårdnad är en hjälpsats. Orem (2001) beskriver fem olika metoder för att hjälpa som sjuksköterskan kan använda sig av för att stödja patienten i egenvård. Sjuksköterskan kan använda sig av alla eller kombinera metoder utifrån patientens behov. Dessa metoder är:

- Att agera eller utföra något för någon annan
- Att vägleda – ge teoretisk kunskap och information
- Att finnas där för regelbunden rådgivning för att stödja patienten till egenvårdskapacitet
- Att hjälpa patienten att anpassa miljön – skapa en utvecklande miljö
- Att undervisa – ge kunskap och praktiskt visa en metod för genomförande av egenvård

Uppgifterna kan många gånger upplevas som enkla men kan vara svåra att utföra då det handlar om att göra något för en person som personen i fråga inte kan, får eller kanske inte vill utföra. Behoven är individens och det sätt som hjälpen ges på måste anpassas utifrån personlighet och livssituation. Att kunna utföra god omvårdnad kräver att sjuksköterskan har en förmåga som gör det möjligt att analysera, bedöma och handla på ett sätt som är anpassat för den enskilda individen (Orem, 2001).

Tidigare studier inom området

Då tiden ineliggande på sjukhus kortas ner allt mer krävs en snabb och effektiv utbildning av patienten och vid behov även dess anhöriga. Patienterna behöver kunna ta till sig information och lära sig att hantera sin sjukdom och vad de kan göra för att må bra trots sjukdomen. Oro för diagnosen kan påverka patientens förmåga att förstå och ta till sig det den läser och tillämpa det i sitt eget liv. Därför bör sjuksköterskan involvera patienten och aktivt arbeta för att göra denne delaktig i läroprocessen. Det är då också lättare att se vad patienten tagit till sig och förstått vad det är som sker och hur den kan ta hand om sig själv. Det hjälper även sjuksköterskan att upprätthålla en god kontakt med patienten (London, 1995). Enligt Verbrugge, de Boer och Georges (2013) är det av stor vikt om det finns en partner eller någon annan närstående med i mötet och planeringen kring patienten. Det är dock viktigt att sjuksköterskan försäkrar sig om att det är en god relation dem emellan och att partnern eller den närstående är där för patienten som stöd. Om sköterskan inte känner sig säker på att det är ett ärligt engagemang är det bättre att avstå att involvera någon annan och endast prata med patienten. För att sjuksköterskan skall kunna nå sitt mål att coacha patienten till en god egenvård bör hon enligt en studie av Pryor (2009) arbeta utifrån tre olika områden för att nå det slutgiltiga målet – patientens egenvård, dessa tre områden är att främja patientens möjligheter till förändring, genom motivation maximera patientens egna insatser samt utifrån behoven erbjuda hjälp. Detta för att få en plan som passar den enskilda individen, som kan stötta patienten och göra den aktiv och oberoende av andra i genomförandet av en god egenvård.

Enligt en studie av Friedman, Wamsley, Liebel, Saad och Eggert (2009) är bristande kunskap hos patienten, när de är multisjuka och allvarlighetsgraden av dessa sjukdomar samt patientens ålder faktorer som gör att de är mer benägna att lämna över ansvaret till någon annan samt att de inte tror

sig klara av att själva nå några resultat. Ålder påverkar även besluten kring medicinska frågor, äldre är oftast mindre intresserade av att ha en aktiv roll i beslut i sådana frågor. Detta är dock beroende på situationen, enligt en studie av Smith Wagner och Wagner (2003) är äldre personer de som är mest aktiva när det gäller att söka hälsoinformation. Främst då de inte har några större problem utan är intresserade av vad de kan göra för att bibehålla sin hälsa och undvika sjukdom.

Problemformulering

Allt mer ansvar läggs på vårdcentralerna idag, då patienterna med kroniska sjukdomar skrivs hem tidigare från sjukhus och hänvisas till sin vårdcentral. Flera specialistmottagningar läggs ner och centraliseras vilket gör att patienterna hänvisas till den vårdcentral där de är listade, vilket leder till att läkare och sjuksköterskor förväntas kunna ta emot fler patienter dagligen. För att hjälpa patienten till en god egenvård krävs ett bra patientmöte där sjuksköterskan tillsammans med patienten kan planera för de förändringar som behöver göras för att patienten ska uppnå sina mål. För att sjuksköterskan skall kunna vara ett stöd för patienten och ge god omvårdnad är det viktigt att hon lär känna patienten utifrån dennes värderingar, känslor och behov. Detta kräver att en god relation mellan patienten och sjuksköterskan växer fram och för att lyckas med det krävs det ett bra patientmöte. Då det många gånger blir långt mellan mötena det rör sig oftast om en till två gånger per år, är det viktigt att sjuksköterskan försöker göra mötet så bra som möjligt. Vi har funnit många studier om egenvård och att det är viktigt men få om hur sjuksköterskan kan påverka den. Vi har därför valt att fokusera på sjuksköterskans strategier för att kunna stärka och stötta patienten i genomförandet av egenvård.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans strategier för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för en bra egenvård hos patienten.

Metod

För att uppnå studiens syfte och undersöka sjuksköterskans strategier för att hjälpa patienten i genomförandet av egenvård användes en induktiv ansats med kvalitativ innehållsanalys som metod. En induktiv ansats valdes då denna ger möjligheter för ett öppet arbete utan förutbestämd teori (Graneheim & Lundman, 2004). Innan genomförandet av en kvalitativ studie bör forskaren reflektera kring sin egen livserfarenhet, yrkeserfarenhet och kunskap om det fenomen forskaren planerar att studera. Att även diskutera sin förförståelse med andra forskare kan bidra till en ökad medvetenhet om den betydelse den har indirekt för resultatet av studien. Det primära syftet med kvalitativ design är att skapa kunskap om ett fenomen utifrån hur det tolkas och erfars av människor. Vid en intervjustudie ses forskaren som en medskapare av texten vilket innebär att resultatet inte kan ses som oberoende av forskaren. Forskaren skall vara flexibel och följsam mot deltagare, miljö och de förändringar som kan ske under datainsamlingen (Henricson & Billhult, 2012). En kvalitativ forskningsintervju försöker täcka både faktaplanet och meningsplanet. Det är nödvändigt att lyssna såväl till de beskrivningar och åsikter som kommer till uttryck som till det som sägs mellan raderna. Genom att försöka formulera det underförstådda och sända det tillbaka till informanten kan intervjuaren få bekräftelse på om tolkningen är riktig eller inte (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval

För att delta i studien krävdes att informanterna hade sjuksköterskeexamen med vidareutbildning inom sitt ansvarsområde samt arbetade på en vårdcentral med mottagningsarbete som astma/KOL, diabetes eller hjärtsvikt/hypertonisjuksköterska.

Författarna vände sig till både privatägda och landstingsanslutna vårdcentraler i Västra Götaland. Antalet listade patienter på dessa vårdcentraler var mellan 4000 och 14000. Författarna kontaktade verksamhetschefer på vårdcentralerna via mejl eller telefon för att få deras godkännande att intervjua berörda sjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien. Verksamhetscheferna informerades om vilka sjuksköterskor författarna önskade inkludera i studien och de tillfrågade sedan berörda sjuksköterskor. De sjuksköterskor som var intresserade av deltagande i studien kontaktade sedan författarna och tid för intervju bokades. Kontakt togs med 17 stycken vårdcentraler och intervjuer utfördes på sex stycken av dessa. Några verksamhetschefer avböjde på grund av hög arbetsbelastning, att deltagande i studien inte passade verksamheten i nuläget samt att de redan upplåtit tid för studenter från andra skolor till intervjuer.

I studien inkluderades åtta sjuksköterskor som alla arbetade på en vårdcentral och hade ansvar som sjuksköterska med inriktning mot astma/KOL, diabetes eller hjärtsvikt/hypertoni. Av dessa åtta var tre stycken utbildade distriktssköterskor och fem stycken sjuksköterskor med grundutbildning, samtliga har vidareutbildning inom sitt specialistområde. Av informanterna arbetade fyra stycken med diabetes, två stycken med astma/KOL och två stycken med hjärtsvikt/hypertoni. Samtliga informanter var kvinnor i åldrarna 42 – 59 år. Arbetslivserfarenheten som sjuksköterska inom specialistområdet varierade mellan fyra och tjugo år. Urvalet tydliggörs i Tabell 1.

Tabell 1. Ålder och arbetslivserfarenhet

	Lägst	Högst
Informanternas ålder	42 år	59 år
Antal år inom specialistområdet	4 år	20 år

Datainsamling

Inom dagens moderna samhällsvetenskap prioriteras metoder framför färdigheter. Den kvalitativa forskningen har en tonvikt på intervjuande som metod, dessa intervjuer transkriberas sedan och analyseras. Forskningsintervjun är ett möte mellan personer där kunskap produceras i ett samspel informant och intervjuare emellan. Det krävs att intervjuaren har kunskap i ämnet för att kunna följa upp svaren och ställa följdfrågor om resultatet av intervjun ska svara på forskningens syfte (Kvale & Brinkmann, 2014). I samband med datainsamling är det viktigt att beakta de etiska riktlinjerna vilka innebär att forskaren skall upplysa deltagaren om att deltagande är frivilligt samt att individen när som helst kan avbryta undersökningen utan risk för obehag eller skada (Vetenskapsrådet, 2002). Intervjuerna genomfördes i avskildhet på respektive sjuksköterskas arbetsplats. Intervjuerna gjordes under januari – februari 2015 och tiden för dessa varierade mellan 16 och 52 minuter, denna skillnad tror författarna beror dels på att en vana och trygghet i att intervjua utvecklades hos författarna under arbetets gång och dels att informanterna tydligt skildes åt i hur de uttryckte sig och hur mycket de hade att delge. Vid intervjuerna användes ett antal i förväg skrivna öppna frågor med stort utrymme för sjuksköterskorna att utveckla sina funderingar och tankar kring ämnet, se Bilaga III. Till de informanter som önskade skickades frågorna ut i förväg innan intervjutillfället, vilket två av dem gjorde de övriga såg och hörde frågorna först vid intervjutillfället. Samtliga frågor ställdes och var och en för sig ledde de vidare till oplanerade följdfrågor. Tre av intervjuerna utfördes av en ensam författare de övriga fem intervjuerna utfördes av författarna tillsammans. Vid en kvalitativ forskningsstudie finns inga givna regler om urvalets storlek utan detta styrs av informationsbehovet.

Att genomföra ytterligare intervjuer efter att detta upplevs vara täckt kommer inte bidra till mer kunskap inom området (Graneheim & Lundman, 2004). Efter att dessa åtta intervjuer var gjorda upplevde författarna att ytterligare intervjuer inte skulle ha bidragit med mer kunskap.

Etik

Denna studie har genomförts enligt de etiska riktlinjerna för forskning. De forskningsetiska principerna bygger på FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna: Principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte göra skada samt principen om rättvisa (Polit & Beck, 2004). Enligt Vetenskapsrådet (2002) skall forskningsintresset om att få nytt forskningsresultat alltid vägas mot individerna som utsätts för forskningen. Personuppgiftslagen (1998:204) föreskriver att endast forskning som kan utföras med respekt för människovärdet kan accepteras. Samtliga deltagare i studien fick skriftlig information om studiens syfte samt garanterades att deras upplysningar skulle behandlas konfidentiellt och inga resultat skulle kunna härledas till någon enskild person, se Bilaga I. Deltagarna informerades även om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien utan att behöva ange skäl för detta. Vid intervjutillfället signerades ett samtycke till deltagande i studien, se Bilaga II. Deltagarna informerades om möjligheten att ta del av resultatet av studien efter färdigställandet av den. Vi som författare har i förväg tänkt igenom de etiska frågor och dilemman som kan uppstå under intervjuundersökningen. Ett etiskt problem under intervjuundersökningar är forskandet om människors privata liv som sedan presenteras offentligt. Genomförandet av en studie väcker frågor om värdet av den kunskap som den bidrar med. Samhällsvetenskaplig forskning bör vara till nytta både för vetenskapen, samhället och människan som individ (Kvale & Brinkmann, 2014). Forskaren har ansvar för de människor som forskningen gäller, dels för personernas välbefinnande och även för den insamlade informationen som gäller dem. Varje forskare bör säkerställa att forskningen är moraliskt acceptabel och av god kvalitet, detta kräver att forskaren har kunskap om de etiska dimensionerna som uppstår under forskningen (Codex, 2015).

Analys

Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas av författarna. För att få en känsla och en helhetsbild av intervjuerna lästes all text igenom i sin helhet och därefter gjorde författarna tillsammans en reflektion över textens huvudsakliga innehåll. Fokus i en kvalitativ innehållsanalys kan ligga på både det manifesta och latent innehåll. Det manifesta innehållet fokuserar på det uppenbara och tydliga medan ett latent innehåll tolkar det underliggande i berättelserna (Graneheim & Lundman, 2004). I den här studien analyserades intervjuerna enligt en manifest innehållsanalys. Meningsbärande enheter identifierades och valdes ut för att besvara studiens syfte. Omgivande text togs med för att sammanhanget skulle vara oförändrat. Enheterna kondenserades vilket innebar att texten blev både kortare och mer lätthanterlig utan att förlora dess innebörd. Enligt Graneheim & Lundman (2004) grupperades sedan de kondenserade meningsbärande enheterna i koder utifrån likheter och skillnader, vilka sedan abstraherades till subkategorier och kategorier. Ett exempel på analysstegen ges i en översikt Tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Det beror helt och hållet på patienten så jag får alltid ta mötet först och se var patienten är någonstans	Beror på patienten, tar mötet först för att se var är patienten i sin diabetes	Patientens behov styr	Att göra patienten delaktig	Att utgå ifrån patientens behov
En del vill ju prata mycket mer än om sin diabetes... de kanske har ett helt annat bekymmer, då försöker vi ta det också...	En del vill prata om annat än sin sjukdom. De kanske har ett helt annat bekymmer, då försöker vi ta det också.	En del patienter behöver få prata om det som känns viktigt för dem	Att skapa förtroende	Att se till hela individen
... när vi pratar om kost då ritar jag hur blodsockret svänger upp och ner för att tydligt visa, inte bara peka på ett färdigt papper... utan de får vara med när pennan går runt....	Tydligt visa patienten vad som händer vid vissa situationer genom att rita på ett papper	Rita och tydliggöra för patienten tillsammans med patienten	Att använda sig av visuella hjälpmedel	Att nå patienten genom användning av hjälpmedel
Har man haft sin diabetes i många år och det går på i samma trall... då är det svårt. Vad ska jag komma med för någonting som inte någon har gjort innan.	Då patienten haft sin sjukdom länge och inte ser någon förändring är det svårt att komma med något nytt som motiverar patienten	Svårt att motivera då patienten inte ser någon förändring eller förbättring	Att trots svårigheter försöka motivera till livsstilsförändringar	Att komma vidare när det inte blir som planerat

Resultat

Resultatet redovisas utifrån de kategorier som kom fram under analysprocessen. Dessa kategorier med tillhörande subkategorier var:

Att utgå ifrån patientens behov:

- Att göra patienten delaktig
- Att besvara och ställa frågor
- Att förtydliga med hjälp av kroppsspråk

Att se till hela individen:

- Att skapa förtroende
- Att se var patienten är någonstans
- Att anpassa informationen till patienten

Att nå patienten genom användning av hjälpmedel:

- Att använda sig av visuella hjälpmedel
- Att identifiera individuella mål
- Att få patienten att förstå och ta till sig det som sägs

Att komma vidare när det inte blir som planerat:

- Att klargöra den medicinska följsamheten hos patienten
- Att hjälpa patienten att förstå sin sjukdom
- Att trots svårigheter försöka motivera till livsstilsförändringar

Som en röd tråd genom dessa kategorier går sjuksköterskans roll i att vägleda patienten i genomförandet av en god egenvård. Detta är en process som är tidskrävande och kräver stort

engagemang av båda parter.

Informanterna kommer att benämnas sjuksköterska i resultatet. Citat från informanterna skrivs med kursiverad stil och efterföljande siffra anger vilken informant som gjort uttalandet.

Att utgå ifrån patientens behov

För att ge patienten relevant kunskap och information krävdes att sjuksköterskan mötte patienten på dennes nivå. Detta innebar att hon försäkrade sig om vad patienten hade för kunskap och erfarenheter sedan tidigare, egna eller andras. Hur mycket information hade patienten fått innan och var kom denna information ifrån, hade han eller hon fått den från anhöriga, från läkaren eller läst på nätet.

Att göra patienten delaktig

För att patienten skall kunna ta till sig informationen var det viktigt att begränsa den och inte ta för mycket på en gång, då var det bättre att skicka med informationsmaterial till patienten och planera ett nytt möte snart. Vid en nyställd diagnos var det viktigt med täta besök i början för att patienten skall kunna ta till sig informationen, eftersom den första tiden kan innebära en chock för patienten.

”Det beror helt och hållet på patienten så jag får alltid ta mötet först och se var patienten är någonstans, var i sin diabetes är patienten?” (2)

För att nå fram till patienten och göra patienten delaktig var det viktigt att inte vara fördömande och försöka skrämman fram en förändring genom att tala om faror utan istället lyfta det positiva och påvisa det patienten har att vinna på att genomföra vissa förändringar.

”Att man pratar om vad som är vinsten för dig om du slutar att röka, då tycker jag att folk förstår. Att prata om vad som är farligt det är liksom ingen idé, för det vet alla men pratar man om vinsten...vänder på det ja...”(8)

Att besvara och ställa frågor

Samtliga sjuksköterskor beskrev att de ofta använde frågor, gärna öppna frågor för att få kännedom om vad patienten har för kunskap om sin sjukdom i nuläget.

”Första besöket får man försöka bygga upp en relation, där brukar jag ställa mycket frågor blir som en intervju...”En del har mycket frågor, en del har ett helt block med frågor, en del sitter som en öppen bok och bara frågar.”(1)

Om patienten inte fick börja med att ställa sina frågor kunde detta vara ett hinder att nå fram, då dessa obesvarade frågor gör det svårt att ta till sig information då tankarna styrs av dess egna funderingar. Under samtalets gång kunde sjuksköterskan behöva, för att försäkra sig om vilken kunskap och information patienten tagit till sig, repetera och ställa frågor för att se om hon har nått fram eller inte.

”Jag upprepar ju gång på gång vad det är de ska tänka på. Så gång på gång upprepa och checka av...det var ju det vi pratade om kommer du ihåg det och så...”(5)

Sjuksköterskorna uppgav vikten av att patienterna kände deras stöd och att de utvecklade en ömsesidig relation, en relation som präglas av öppenhet och närhet. Det var viktigt att sjuksköterskan visade att hon är där för patientens skull, för att hjälpa och stödja.

Att förtydliga med hjälp av kroppsspråk

Det verbala språket likväl som kroppsspråk hade inverkan på möjligheten att kommunicera.

”Kroppskontakten kan vara viktig att man sitter ganska nära patienten, ha

ögonkontakt...att man är på samma nivå som patienten är då, att man får ögonkontakt och att de känner de har lätt för att prata med en.”(3)

Många sjuksköterskor upplevde att kroppsspråket såsom gester och ögonkontakt var till hjälp att nå fram till patienten även då språket var begränsat. Detta beskrev samtliga informanter som viktigt för att nå patienten och skapa en god kontakt vilket var förutsättningen för ett bra patientmöte.

”Det blir händer, fötter, ritar mycket, pratar mycket med kroppen. Man visar mycket på sig själv. man använder enkla korta ljud och ord, man använder ögonkontakt, kroppsspråket.”(2)

Att se till hela individen

Ett holistiskt synsätt innebär att sjuksköterskan som möter patienten ser till hela patienten och låter dess behov styra mötet. Samtliga sjuksköterskor uppgav vikten av att de lär känna sin patient och ser när behov föreligger att styra in samtalet på det som är relevant för patienten, för att utnyttja tiden på bästa möjliga sätt och en bra kvalitet på mötet.

Att skapa förtroende

En förutsättning för att kunna nå fram till patienten var att förtroende skapades mellan sjuksköterskan och patienten.

”Tror att det är att patienten känner att vi tror och stöttar det de säger och att vi är här för deras skull, inte för min skull. Det upplever jag skapar en bra kontakt och sedan att man då kan...vi sitter också med den medicinska kunskapen om man kan få in den på ett bra sätt i hop med deras sjukdom, varför detta är viktigtdu kommer att vinna det här och det här och du minskar risken för det här och det här. Man försöker utifrån det här det tror jag.”(8)

Sjuksköterskorna uppgav att om de får patienten att känna sig lugn och trygg var det lättare för patienten att ta emot informationen och få en positiv känsla i mötet, detta hjälpte och stärkte patienten. Bidragande faktorer för en god kontakt i patientmötet visade sig vara att lyssna och vara lyhörd, vilket påverkade relationen positivt. När patienten kände trygghet och hade en bra relation med sjuksköterskan kunde detta innebära att patienten trots försämring i sin sjukdom ville komma till sjuksköterskan och upplevde ändå mötet givande.

”Det är viktigt i patientmötet att de vill komma även att inte värdena är bra att de vill komma i alla fall så att de känner att vi inte skäller på dem.”(4)

Att se var patienten är någonstans

Sjuksköterskorna uppgav vikten av att om de märkte att något hade hänt och att patienten hade behov av att få prata om något annat som var angeläget för patienten var det viktigt att sjuksköterskan var flexibel och lyhörd för dennes behov. Informationen som de ville delge var svår för patienten att ta till sig, då patienten inte var mottaglig om tankarna var fyllda av något annat.

”En del patienter vill ju prata mycket mer än om sin diabetes. En del patienten tycker att det är det minst viktiga. De kanske har ett helt annat bekymmer, då försöker vi ta det också. Det kan vara allt möjligt ett sår eller vad som helst...försöker vi anpassa oss till det och är det mycket då får de en tid till om det behövs.” (4)

Det finns mycket mer än sjukdomen som kan påverka patienten, t.ex. en anhörigs sjukdom eller bortgång. Vid ett sådant tillfälle var det bättre att låta patienten prata om det den behövde prata om, och istället boka in ett nytt besök då kanske saker och ting ordnat sig eller den värsta chocken lagt

sig.

”Det kan bli väldigt bra men det kan också bli patienter som sitter och gråter över någon livshändelse som har varit, då får man glömma det här man kan inte sitta och prata om diabetes då.” (1)

Att anpassa informationen till patienten

Det fanns inte något generellt sätt att ge information på utan sjuksköterskan fick planera och lägga upp informationen på olika sätt beroende på vilken patient hon skulle möta. Utifrån vad patienten redan visste sedan tidigare och på det sätt patienten lättast kunde ta till sig information. Kunskapen var varierande hos patienterna, en del var väldigt pålästa och hade mycket erfarenhet med sig, egna eller andras.

”Med tanke på vad de har för kunskap, farhågor och funderingar...vet aldrig hur mycket kunskap de har, det kan vara tidigare erfarenheter de har med sig...barn, syskon, föräldrar...de kan ha med sig mycket farhågor.” (1)

Det var viktigt att sjuksköterskan var påläst och visste så mycket som möjligt om patienten, om det fanns det några övriga orsaker som skulle kunna ge de symtom och besvär som patienten hade.

”Inför nybesöken läsa journalen och se vad det är patienten har med sig i bagaget. Ibland har hjärtsvikt hamnat i papperna någonstans fast de inte blivit riktigt utredda. Bra att veta så att man inte glömmet någon differentialdiagnos.” (5)

Sjuksköterskan kunde inte enbart planera utifrån vad provsvaren visade utan var tvungen att skapa sig en helhetsbild av hur patienten mår och klarade av sitt dagliga liv.

Att nå patienten genom användning av hjälpmedel

Sjuksköterskorna uppgav att deras professionella roll i patientmötet bygger på respekt, tillit, förtroende och en öppen dialog mellan dem och patienten vilket var en grundläggande förutsättning och det viktigaste redskapet för att kunna nå patienten. Sjuksköterskorna tydliggjorde även deras uppgift i att förklara så att patienten förstår och kan ta till sig information och kunskap om sin sjukdom, vilket skedde på ett individuellt plan eftersom varje person var unik.

Att använda sig av visuella hjälpmedel

Sjuksköterskorna beskrev att ytterligare redskap för att nå fram till patienten är att de skriver och ritar mycket samt förklarar och tydliggör vad som sker för patienten när hon har fått en diagnostiserad kronisk sjukdom.

”Jag ritar ofta och förklarar om hur astma fungerar som att får du inte den här kortisonen så blir du svullen i dina luftrör. Då upplever jag att man förstår bättre, för en astmatiker särskilt yngre får de kortison ett tag så tycker de att de är bra, så slutar de med sin kortisonbehandling och då kommer symtomen tillbaka.” (8)

Visuella hjälpmedel som sjuksköterskan använde sig av för att tydligt åskådliggöra för patienten är till exempel KOL-kurvan, en tabell som tydliggör patientens mätvärden. Genom att tydligt visa patienten vad som händer vid vissa situationer och tillsammans med patienten rita upp och samtidigt förklara upplevdes mer lättförståeligt för patienten.

”Det jag gör när vi pratar om kost till exempel, det är att rita just hur blodsockret svänger upp och ner, detta för att liksom tydligt visa då. Inte bara peka på ett papper som redan är ritat på utan de får vara med när pennan går runt...” (6)

Samtliga sjuksköterskor använde material såsom broschyrer av olika slag. De tyckte att detta var bra redskap och underlättade för patienten att sedan kunna läsa och ta till sig information hemma i lugn och ro, då mötet med sjuksköterskan ofta innebar mycket information på en gång. Patienterna hade alltid möjlighet att ringa och ta kontakt med sjuksköterskan om det var något de undrade över. Uppföljning skedde via telefonsamtal eller bokad återbesökstid vid flera tillfällen. Skriftlig information om vad som sagts under patientmötet skickades alltid med patienten hem efter besöket.

”Redskap i form av broschyrer det här har vi tittat på idag titta på det här. Det här kan du fundera på. Ring mig eller vill du komma tillbaks och prata om det igen här igen.”(2)

Att identifiera individuella mål

Sjuksköterskorna beskrev att det innebär en förändring i livsstil över tid när patienten har fått en kronisk sjukdom. Sjuksköterskorna försökte motivera patienten till förändringar som viktnedgång, kostförändringar, motion eller att sluta röka. Ett hjälpmedel som visade sig vara effektivt var FYSS& FAR-recept, för att uppnå bästa möjliga resultat av FAR-recept krävdes en personlig kontakt med sjukgymnast som hjälpte patienterna med träningsprogram samt tips på vart de kunde vända sig för att få rabatterade konditionsmöjligheter. När patienterna såg resultatet var det mycket lättare att fortsätta att motivera till ytterligare förändringar.

” ...vi bestämde att vi avvaktar ett kvartal och ser lite vilken effekten är, redan efter ett kvartal hade han minskat lite i sitt blodtryck....då var han med på tåget, då var han som en svamp. All information han kunde få där, allting var positivt för honom, för då såg han ju att han kan ju faktiskt påverka det här själv” (5).

Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt att de kunde känna att de hade patienten med sig och att de gemensamt kunde arbeta fram en plan för förändringar som behövde göras och som passade patienten i dess livssituation. För att uppnå bästa möjliga resultat fick patienten tydliggöra vilka mål den önskade uppnå och vilka förändringar den kunde tänka sig att genomföra.

”Får vi kontakt och patienten är med på tåget och vi lägger upp en gemensam behandlingsplan så kan man göra så otroligt mycket.” (5)

Det var viktigt att målen blev individuella och sattes upp i små steg. Stora mål kunde kännas svåra att nå och patienten blev inte lika motiverad då det dröjde innan resultat synliggjordes. Då sjuksköterskan fått en uppfattning om vart patienten var i sin situation, hur mottaglig och motiverad den var då kunde hon föreslå förändringar anpassade för patienten.

”Försöker att patienten kommer med mål, vad är ditt mål, vad skulle du kunna tänka dig att ändra på, små förändringar....gärna små förändringar inte stora, det är de små förändringarna som de bibehåller sedan.” (1)

Vid ett intervjutillfälle berättade en sjuksköterska om en mycket hockeyintresserad patient som skulle försöka sluta röka. För att motivera honom till det undersökte hon vad en hockeybiljett kostade och kunde visa honom hur många hockeymatcher han skulle kunna gå på istället för att köpa cigaretter. Genom att hon tydliggjorde detta för honom lyckades hon få honom att kraftigt skära ner på konsumtionen med målet att så småningom helt sluta röka.

Att få patienten att förstå och ta till sig det som sägs

Enligt sjuksköterskorna hade språket en central roll och fungerade som ett verktyg samt var en förutsättning i samtalet mellan sjuksköterskan och patienten för att få denne att förstå, motiveras och komma till handling. Språket kunde vara en utmaning på flera sätt, dels om patienterna kom från ett annat land och det svenska språket var begränsat men även att kunskapen i det egna språket kunde vara på olika nivåer. För att kunna nå patienter som har en begränsad kunskap i det svenska språket användes tolk. De flesta av informanterna upplevde det bra med tolk för att få fram information men

det försvårade möjligheten till en god personlig kontakt med patienten.

”Tolk är jättebra, fungerar bra men det skall gå via mig till tolk vidare till patienten och vice versa, man förlorar ibland kontakten med patienten.”(1)

Det behövde inte alltid vara svårigheter med språket. Ibland kunde det vara svårt att förstå och ta till sig det som sägs på sitt egna språk, att ta till sig och få sjukdomsinsikt. Ytterligare något som kunde vara till hjälp var att patienten hade någon närstående med sig vid besöket. Då många, framförallt äldre, ofta känner en osäkerhet och är rädda att missuppfatta eller missa någon information som ges kunde det vara av värde att någon som står dem nära och de känner förtroende för är med dem vid besöket hos sjuksköterskan.

Att komma vidare när det inte blir som planerat

Sjuksköterskorna beskrev att en utmaning är att oavsett hur förberedda de var inför ett patientbesök var det mycket som kunde komma fram under samtalet och förändra den plan de hade för mötet.

Att klargöra den medicinska följsamheten hos patienten

Följsamheten till behandlingen hos patienten kunde många gånger vara ett hinder. Sjuksköterskorna försökte med små medel få patienter som hade svårigheter med följsamhet i att ta sin medicin, ge redskap för att hantera detta och skapa en rutin i tillvaron.

”Man glömmar man har bråttom på morgonen, kan du ta med den till skolan, kan du ta med den till jobbet, kan du ställa den vid tandborsten...försöka hitta..på det här sättet kan du göra för att lättare komma i håg det.” (8)

Bruksanvisningarna på läkemedelsförpackningen var ofta svåra för patienten att förstå, patienten hade därmed inte vetat hur medicinen skulle tas på korrekt sätt för att få nytta av den. Hinder för många patienter var att de upplever att medicinen var för dyr och att de upplevde sig inte ha råd. Detta kunde vara orsak till att de tagit mindre dos än rekommenderat, inte löst ut den i tid vilket kunde leda till försämring i sjukdomen.

”Tycker att utvecklingen med astmamedicinen har kommit långt och gått framåt. Förut var det svåra och krångliga hjälpmedel, nu är det enklare hjälpmedel”De är dyra och det gäller att de tar medicinen det kan vara ett hinder. Många löser inte ut dem och väntar för att det är för dyrt.” (3)

Sjuksköterskorna upplevde vikten av att beskriva för patienten varför medicinen var viktig att ta. Fick de den kunskapen var patienten ofta mer motiverad att ta sin medicin med en ökad följsamhet som följd. Information om justering av läkemedel lämnades både muntligt och skriftligt, om detta skett över telefonen skickades ett skriftligt brev till patienten.

Att hjälpa patienten att förstå sin sjukdom

Utmaningen för sjuksköterskorna var att informera patienten och ge kunskap om sjukdomen så patienten kunde förstå och acceptera den. En del patienter hade inte kunnat ta till sig informationen och därmed inte förstått sin sjukdom. Sjukdomsinsikt var själva grunden för att kunna utveckla strategier för en god egenvård hos patienten.

”Det är lite chock att jag har fått diabetes, så får de träffa mig så tar jag det första samtalet vad är diabetes....en del vet ingenting och har ingen aning, en del inte riktigt förnekar men tar inte till sig det här med diabetes.” (2)

Många patienter upplevde att de inte hade fått tillräcklig kunskap om sin sjukdom, vilket var viktigt för en patient med kronisk sjukdom. Detta för att undvika komplikationer och skapa goda förutsättningar för en bra egenvård.

”Söker de på sjukhuset och man frågar dem om tidigare sjukdomar så uppger de ofta att de är friska för de vet inte vad hjärtsvikt är...Det är jättemånga som haft hjärtsviktsdiagnosen i flera år och de vet inte ens vad det är för sjukdom de har.” (5)

Att trots svårigheter försöka motivera till livsstilsförändringar

Det var svårt för sjuksköterskan att motivera patienten till förändringar om de inte kände sig sjuka. De hade då svårt att inse vad det skulle kunna leda till att genomföra livsstilsförändringar såsom att lägga om sin kost och börja motionera.

”De som inte känner sig sjuka och mår hur bra som helst är ju inte alls lika motiverade till att gå ner i vikt, motionera eller äta si eller så för de mår ju hur bra som helst.” (4)

En utmaning för sjuksköterskan var att tala om för patienten att den behöver börja tänka på vad den äter och försöka gå ner i vikt vilket många gånger kunde uppfattas som kränkande för patienten, då hon påtalar en situation som patienten många gånger varit medveten om men inte orkat eller velat göra något åt.

”Det är lite svårt, etiska frågor egentligen, man går in och stör patientens livsstil, inte lätt.” (1)

Då patienten haft sin sjukdom i många år kunde de ha svårt att se varför några livsstilsförändringar skulle kunna förändra situationen och leda till något bättre.

”Har man haft sin diabetes i många år och det går på i samma trall, det blir varken sämre eller bättre utan man står still konstant lite dåligt så, då är det svårt. Vad ska jag komma med för nånting som inte någon har gjort innan?” (6)

Hade sjuksköterskan försökt ge kunskap och information till patienten om dess situation och vilka möjligheter den hade och patienten ändå visat klart och tydligt att den inte ville göra några förändringar fick hon respektera det.

” I takt med att deras kunskap ökar så blir de mer motiverade. För vissa patienter...finns inte motivationen där och vill man inte så får man acceptera det också.” (5)

Diskussion

Metoddiskussion

För att tydliggöra trovärdigheten i en studie inom kvalitativ forskning används begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Tillförlitligheten i en studie byggs upp av de insamlade datas kvalitet och den analysmetod som valts. Då målet var att få förståelse för hur sjuksköterskan upplever sina möjligheter att hjälpa patienten till en god egenvård lämpade sig en kvalitativ intervjustudie bäst då den ger en beskrivning av sjuksköterskans upplevda erfarenhet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde att inkludera informanter verksamma inom både offentlig och privat verksamhet. Informanterna fick bestämma plats och tid för intervjun för att känna sig så bekväma i situationen som möjligt. Åtta informanter deltog i studien, alla kvinnor. Deras ålder och erfarenhet skilde sig väsentligt åt. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan man genom att välja informanter med olika erfarenheter, ålder och kön öka möjligheten att belysa syftet från olika aspekter. Författarna anser det inte troligt att resultatet hade påverkats vid annorlunda könsfördelning. Då informanterna var yrkesverksamma som sjuksköterskor och studien inriktade sig på deras upplevelser krävdes därmed ingen etisk prövning. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver inte etisk prövning sökas av författarna då detta ingår i utbildningen till distriktsköterska. Forskningsfrågan upplevdes heller inte utgöra någon risk för att orsaka obehag för någon individ.

Samtliga sjuksköterskor som intervjuades hade flera års erfarenhet inom specialistområdet vilket gjorde att de hade en erfarenhet som stärkte trovärdigheten, någon hade arbetat som diabetessjuksköterska i närmare tjugo år. Många av de intervjuade sjuksköterskorna gav exempel från patientfall de själva arbetat med vilket även det stärkte trovärdigheten i resultatet.

Tillförlitligheten påverkas även av frågeställningen, det är viktigt att samma frågeställning används till samtliga informanter i studien för att nå ett trovärdigt resultat. Om insamlingen av data blir för omfattande och om datainsamlingen pågår under lång tid finns risk för avvikelser och att det påverkar resultatet och med minskad trovärdighet som följd (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna eftersträvade att ha ett öppet förhållningssätt vid datainsamlingen i syfte att få ny kunskap men var samtidigt medvetna om vår egen förförståelse inom området.

Några av informanterna kände sig obekväma med att intervjuerna skulle spelas in, detta kan ha inneburit svårigheter att slappna av. Informanterna kan ställa krav på sig själva att formulera sig väl och dessutom uppleva det olustigt att intervjuaren i efterhand kommer att lyssna på samtalet. Författarna erbjöd då att avstå att spela in intervjuerna men samtliga informanter gav ändå sitt godkännande till det. Några av citaten ändrades från talspråk till skriftspråk för att inte läsaren skall få en negativ bild av informanten. Detta är en risk då människor ofta är omedvetna om skillnaderna mellan tal- och skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2014). Trots det obekväma i situationen med att intervjun skulle spelas in upplevde författarna att informanterna kände sig avslappnade i vårt sällskap. Då även vi som intervjuare är sjuksköterskor upplevde vi att de kände att de talade med en kollega. Detta är dock inte enbart positivt då de många gånger talade utifrån en från deras sida förväntad förförståelse hos författarna.

Författarna upplevde att det till viss del fanns etiska problem under forskningsintervjuerna, då intervjuerna många gånger berörde olika patientfall som sjuksköterskan beskrev. Vilket författarna upplevde berörde människors privata liv som sedan skulle redovisas offentligt samtidigt som resultatet skulle presenteras sanningsenligt (Kvale & Brinkmann, 2014). En studie där högt etiskt värde eftersträvas kan ofta innebära att det blir en minskad kvalitet i studien då svårigheter är att individen skall skyddas samtidigt som slutsatserna i studien skall vara fullt tydliga. Här kan en konflikt mellan etik och validitet uppstå. Metoder finns att anonymisera så att personer inte känns igen, dock finns det en risk att forskningen då blir diffus eller falsk (Howe & Eisenhart, 1990).

De transkriberade texterna lästes noggrant igenom av båda författarna, detta för att få en djupare förståelse inom ämnet. När de meningsbärande enheterna skulle plockas ut upptäckte författarna att det var lätt att missa viktig information. Enligt Graneheim och Lundman (2004) finns risk att då meningsbärande enheter blir för stora innehåller de mer än en företeelse och väljs för små meningsbärande enheter ut finns risk att materialet fragmenteras. Analysprocessen var manifest och texterna bearbetades flera gånger för att tydliggöra det uppenbara och undvika en tolkning av det underliggande budskapet. För att öka trovärdigheten i resultatet har citat från intervjuerna använts (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatet bör beaktas utifrån hur det påverkas av forskarens roll och perspektiv, svårigheter finns i att kunna ge en oberoende beskrivning då forskaren beskriver ett socialt sammanhang ett sammanhang som även forskaren är en del av (Larsson, 2005). Genom att forskningsprocessen tydligt redovisas kan resultatet av studien stärkas och blir generaliserbart. Det är dock upp till läsaren att avgöra studiens trovärdighet och överförbarhet till andra kontexter (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att tydliggöra sjuksköterskans strategier i patientmötet för att hjälpa patienten i genomförandet av en god egenvård. Samtliga sjuksköterskor upplevde vikten av att utgå från

patientens tidigare kunskap samt att försäkra sig om att patienten uppfattat och tagit till sig informationen på rätt sätt. Då sjuksköterskan gett information till patienten avslutar hon ofta med frågor för att säkerställa att patienten förstått, vid behov gjordes en repetition av informationen. Sjuksköterskornas mål var att involvera patienten i samtalet och göra patienten delaktig samt sätta upp mål tillsammans med patienten. Samtliga sjuksköterskor beskrev att en bra dialog mellan dem och patienten hjälper till att nå patienten som då kan ta till sig kunskapen bättre och få insikt i sin situation. Resultatet visar att förståelse hos sjuksköterskan för ett dialogiskt förhållningssätt i mötet med patienten istället för en envägskommunikation hjälper henne att göra patientens delaktig i samtalet. Då de ofta blir mycket information för patienten vid patientmötet behöver den upprepas, följas upp och förtydligas så att patienten förstår. Studier visar att det är nödvändigt att informationen är individanpassad för att patienten ska kunna tillgodogöra sig den på bästa sätt (Eldh, Ehnfors & Ekman, 2006). Vårt resultat visade att det kan vara en utmaning för sjuksköterskan när patienten är orolig över sin sjukdom och på grund av det har svårt att ta till sig information eller när patienten har svårt att förstå informationen som ges på grund av olika orsaker. I dessa situationer upplevde sjuksköterskorna att det kan vara en fördel att ha med någon närstående i patientmötet. Den närstående kan dels ha en lugnande inverkan om patienten är rädd och orolig, det kan även vara en trygghet för patienten att någon annan hör och kan återge informationen samt att den ges skriftligt (Mårtensson & Hensing, 2014). Sjuksköterskorna använde sig av visuella hjälpmedel och broschyrer för att tydliggöra informationen för patienten. Samtliga sjuksköterskor framhöll vikten av ett evidensbaserat arbetssätt, att arbeta utifrån Socialstyrelsens riktlinjer och rekommendationer i patientkontakten. Sjuksköterskorna uppgav vikten av att bygga upp en relation med patienten där den känner trygghet med och förtroende för sjuksköterskan, att de får känna sig sedda och att sjuksköterskorna är där för dem. Ytterligare sätt att nå patienten och visa att den är viktig är genom att ha ögonkontakt, och genom att kommunicera med kroppsspråk, förtydliga och förstärka det som sägs.

Resultatet visar att för att kunna motivera patienten till genomförande av livsstilsförändringar samt underlätta för patienten att bibehålla dessa är det viktigt att individuella mål identifieras. När målen sätts upp som delmål är det lättare för patienten att hitta motivation samt att nå och bibehålla dem. Sjuksköterskorna uppgav att de förväntas ha förståelse och kunskap för att hjälpa patienten, både till att hitta lösningar på problemen samt sätta upp mål och ge patienten redskap för att förverkliga dessa. I sjuksköterskans yrkesroll krävs kunskap på flera olika nivåer såsom teoretisk kunskap, praktisk kunskap och egna erfarenheter. Detta hjälper henne att bygga upp en relation med och få en helhetsbild av patienten samt en förståelse om vem patienten är och få insikt om dennes behov (Oberle & Allen, 2001).

Sjuksköterskorna framhöll vikten av att se patienten som en helhet där både fysiska, psykiska och känslomässiga faktorer påverkar individen, samt respektera patientens förmåga att fatta beslut och stödja dessa. Sjuksköterskans roll är att motivera och ge råd för att stötta patienten till en god egenvård, vilket är en viktig drivkraft hos patienten att vilja upprätthålla och att förbättra sin hälsa. När sjuksköterskan ger patienten kunskap, förtroende samt de redskap patienten behöver ger detta en styrka att genomföra de förändringar som är nödvändiga (Casey, Murphy, Cooney, Mee & Dowling, 2011).

Vårt resultat visade att sjuksköterskorna oftast upplevde patienterna som motiverade och att de ville uppnå hälsa och välbefinnande. Vid en nyställd diagnos upplevdes patienterna mer motiverade och villiga att genomföra förändringar och hade styrka till att själv genomföra dessa. Svårast att motivera var de patienter som kände sig bra och inte upplevde sig sjuka. Även de patienter som haft sin sjukdom i många år upplevdes omotiverade till att genomföra livsstilsförändringar. Då flera av de sjuksköterskor vi intervjuade arbetade med astma/KOL rörde det sig ofta om patienter som var rökare och deras bristande motivation till att sluta röka. Det är då viktigt att sjuksköterskan försöker få patienten att förstå och inse fördelarna av och vinsterna med att sluta röka genom att ge alternativ för

att lyckas motivera patienten. Detta visar vikten av ett personligt engagemang från sjuksköterskan samt att hitta strategier individuellt anpassade för den patient det gäller.

Sjuksköterskan behöver även få förståelse för patientens bristande motivation till att sluta röka. Hon behöver stödja patienten i att försöka nå ett mer realistiskt mål som att istället minska konsumtionen av cigaretter. Det är viktigt att sjuksköterskan inte skuldbelägger patienten utan att hon istället klargör situationen på ett sätt som ger patienten en positiv känsla vilket ökar motivationen (Wilson, Elborn & Fitzimons, 2010).

Under studien framkom att de flesta sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med tid alla gånger. Tiden för själva patientmötet upplevde de flesta fanns där, men samtliga sjuksköterskor såg behovet av ytterligare tid för att få en bättre kontinuitet och uppföljning. Vi tror att skulle det finnas tid för fler och tätare besök ökar möjligheten för sjuksköterskan att utveckla strategier för att kunna nå och motivera patienten. Något vi tror skulle kunna bidra ytterligare till att hjälpa patienten är att använda sig av hälsostödjande samtal vilket innebär att arbeta med hela familjen, inte bara patienten utan även de närstående. Då det handlar om patientens förmåga och möjligheter att genomföra livsstilsförändringar kan möjligheterna till att lyckas med detta vara större om man som familj kan arbeta med dessa förändringar tillsammans. För att familjen när en familjemedlem drabbats av en kronisk sjukdom, ska kunna hitta balans och normalisering i sitt liv och se nya situationer och möjligheter i det dagliga livet krävs att hela familjen blir involverad för att kunna anpassa sig till den nya situationen (Årestedt, Persson & Benzein, 2013).

Konklusion

Samtliga sjuksköterskor i studien uppgav vikten av att ha en helhetssyn och se till hela patienten, inte enbart sjukdomen. Att se till hela individen är grundläggande för att kunna möta och nå fram till patienten. För att lyckas med detta krävs att sjuksköterskan gör patienten delaktig i samtalet emellan för att få en meningsfull dialog och inte en envägskommunikation. Sjuksköterskorna skaffade sig, för att göra informationen individanpassad, en uppfattning om vad patienten hade för kunskap sedan tidigare och vad den baserades på. För att ta reda på detta ställde de frågor vilket gav en bild av patientens behov och hjälpte dem att anpassa sig efter dessa. För att kunna nå patienten använde sjuksköterskorna sig av olika strategier och hjälpmedel. För att nå målet vilket är att hjälpa och stötta patienten till en god egenvård, behövde sjuksköterskorna kunna motivera patienten till genomförande av de förändringar som var nödvändiga. När patienterna inte upplevde sig sjuka eller när de haft sin sjukdom i flera år upplevde sjuksköterskorna att det var svårare att motivera dem till livsstilsförändringar. Det var då väsentligt att som sjuksköterska respektera patientens beslut men fortsatt ha en god kontakt, vilket kunde visa sig ge möjlighet att längre fram kunna motivera patienten.

Kliniska implikationer

Då detta är ett angeläget ämne och en stor del i omvårdnaden av patienten anser författarna att det är av stor vikt att det satsas både inom landsting och primärvård i att utbilda patienterna och ge en god grund att stå på i den förändring det innebär att lära sig att leva med en kronisk sjukdom och de konsekvenser den kan innebära. Vår mål är att studien ska vara en guide för sjuksköterskan i den roll hon har att kunna hitta fler och nya tillvägagångssätt för att kunna motivera och hjälpa patienten till en god egenvård. Resultatet visar att sjuksköterskan med enkla medel många gånger kan vara till stor hjälp för patienten att finna strategier för en god egenvård. Dels när det gäller att hitta motivationen och dels vissa praktiska lösningar som patienten inte klarat av själv. Studien kan även användas som diskussionsunderlag vid planering och utvärdering av de insatser som verksamheten kan bidra med vad gäller denna patientgrupp. Vårt resultat visar att dessa patienter är i stort behov av stöttning av sjuksköterskan för att lyckas i genomförandet av en god egenvård, vilket kräver att resurser finns för att kunna bidra med detta. Då patienterna får en fungerande situation och hittar strategier att klara av

sina besvär leder detta så småningom till vinster för sjukvården då det innebär färre vårdtillfällen. Det är därför av stor vikt att tid och möjlighet finns för sjuksköterskan att få vara det stöd patienten behöver.

Förslag till fortsatt forskning

Då vi i vår studie endast intervjuat ett fåtal sjuksköterskor skulle möjligen som tidigare nämnts ett större antal deltagare samt en ökad geografisk spridning ge ett annat resultat. Det skulle vara intressant att genomföra en observationsstudie istället då forskarna deltar i mötet mellan sjuksköterska och patient och får en uppfattning om hur de båda deltar i samtalet och uppfattar situationen, detta skulle även ge en bild av hur de integrerar med varandra. Att intervjua patienterna om deras upplevelse av situationen skulle förmodligen även ge ett annorlunda resultat. En forskningsfråga som väcktes var om införandet av grupputbildningar skulle kunna hjälpa patienterna i genomförandet av en god egenvård. Detta är något som författarna tror skulle kunna vara en bra strategi och ett effektivt hjälpmedel i patientkontakten, det skulle därför vara intressant att studera resultatet av en sådan insats.

REFERENSER:

Boström, E., Hörnsten, Å., Persson, C., Rising, I., & Santamäki Fischer, R. (2012). Clinical challenges and ongoing role changes for primary health-care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 17(2):68-74.

Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., & Dowling, M. (2011). Developing a structured education program for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing*, 16(5):231-237.

Codex. (2015). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2015-03-31, från <http://www.codex.vr.se/forskningsetik.shtml>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2014-12-03, från <http://www.swenurse.se>

Eldh, A. C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2006). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1):45-53.

Friedman, B., Wamsley, B.R., Liebel, D.V., Saad, Z.B., & Eggert, G.M. (2009). Patient satisfaction, empowerment, and health and disability status effects of a disease management-health promotion nurse intervention among medicare beneficiaries with disabilities. *The Gerontologist*, 49(6):778-792.

Granados Gámez, G. (2009). The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nursing Science Quarterly*, 22(2):126-7. doi: 10.1177/0894318409332789c

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2):105-112.

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4): 643-652. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x

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

Howe, K. & Eisenhart, M. (1990). Standards for qualitative (and quantitative) research: A prolegomenon. *Educational Researcher*, 19(4):2-9.

International Councils of Nurses. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Finns tillgänglig från: Svensk Sjuksköterskeförening, <http://www.swenurse.se/library/documents/Publikationer/ICNs%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor.pdf;2000>.

Konradsdottir, E. & Svavarsdottir –Kolbrun, E. (2013). The role of advanced nurse practitioners in offering brief therapeutic conversation intervention for families of children and adolescents with diabetes type 1. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 33(3):44-7.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lagen om etikprövning av forskning som avser människor. (2003:460). Hämtad 2015-03-31 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>
- Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 62(2):163-171.
- London, F. (1995). Teach your patients faster and better. *Nursing*, 25(8):68,70.
- Mårtensson, L. & Hensing, G. (2014). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa - en introduktion till begreppet hälsolitteracitet*. Akademisk avhandling, Institutionen för Medicin, Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Oberle, K. & Allen, M. (2001). The nature of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 49(3):148-153.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby
- Personuppgiftslagen. (1998). *PUL, 1998:204*. Hämtad 2015-03-31 från: <http://www.regeringen.se/sb/d/1966>
- Polit, D.F. & Beck, C.H. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott
- Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 4(1):79-88.
- SBU. (2007). *Måttligt förhöjt blodtryck*. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2015-03-31, från http://www.sbu.se/upload/publikationer/content0/1/samf_hypertoni07.pdf
- Smith Wagner, L. & Wagner, T.H. (2003). The Effect of Age on the Use of Health and Self-Care Information: Confronting the Stereotype. *The Gerontologist*, 43(3):318-324.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Hämtad 2015-03-31, från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/documents/7_overvikt.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). SOSFS 2009:6. *Socialstyrelsen; Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad 2015-04-14, från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6/Documents/2009_6.pdf
- Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 2015-04-06, från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18552/2012-1-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg*. Hämtad 2014-12-04, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19292/2013-12-18.pdf>
- Verbrugge, R., de Boer, F. & Georges, J-J. (2013). Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD. *Journal of Clinical nursing*, 22:2787-2799. doi: 10.1111/jocn.12048

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wilson, J.S., Elborn, J.S. & Fitzimons, D. (2010). "It's not worth stopping now": why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1):819-827.

Årestedt, L., Persson, C., & Benzein, E. (2014). Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28:29-37. doi: 10.1111/scs.12023



Information om intervjustudie angående sjuksköterskors strategier i patientmötet för att hjälpa patienten till en god egenvård

Patienter skrivs hem allt tidigare efter ett slutenvårdstillfälle och ansvaret för vården flyttas över till hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Fler sköra äldre vårdas i hemmet med hjälp av anhöriga och insatser från både primärvård och kommunen. Detta leder till att sjuksköterskor med specialistutbildning inom primärvården kommer att ha kontinuerlig kontakt med patienter med kronisk sjukdom såsom diabetes, hjärtsvikt, astma och KOL.

I vår studie vill vi undersöka sjuksköterskors strategier i patientmötet för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för en bra egenvård hos patienten.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie. Intervjuerna kommer att spelas in och beräknas ta någon timma. Vi besöker dig på din arbetsplats och inget ytterligare deltagande i studien förväntas av informanterna. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst utan att behöva ange någon orsak ta tillbaka ditt medgivande och därmed ej längre ingå i studien. Uppgifterna behandlas konfidentiellt och inga resultat kommer att kunna härledas till någon enskild person.

Det insamlade materialet kommer sedan att bearbetas i en kvalitativ innehållsanalys och resultatet sammanställas och presenteras i ett examensarbete på specialistsjuksköterskeutbildningen vid Högskolan Väst under våren 2015. Finns önskemål om att ta del av resultatet är detta givetvis möjligt.

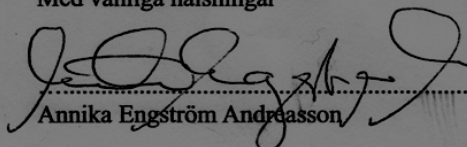
Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående:

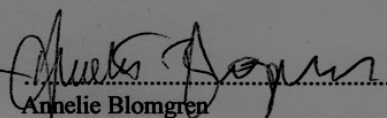
Annika Engström Andreasson (student) annika.engstrom-andreasson@student.hv.se

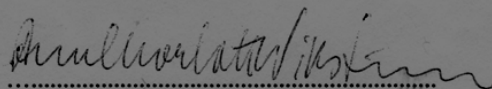
Annelie Blomgren (student) annelie.blomgren@student.hv.se

Ann-Charlott Wikström (handledare) anncharlott.wikstrom@hv.se

Med vänliga hälsningar


Annika Engström Andreasson


Annelie Blomgren


Ann-Charlott Wikström

Till vederbörande sjuksköterska inom primärvården

Härmed har jag mottagit information om intervjustudie angående sjuksköterskors strategier i patientmötet för att hjälpa patienten till en god egenvård

Jag samtycker härmed till att medverka i denna studie.

Ort och datum

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Intervjufrågor:

- 1) Vad har du för utbildning?
Erfarenhet som sjuksköterska?
Erfarenhet inom ansvarsområdet?

- 2) Vilken patientgrupp möter du?
Ålder/kön?

- 3) Vad behöver patienten för information av dig?
Hur förbereder du patientmötet?
Hur samtalar du med patienten kring betydelsen av andra faktorer, t.ex. sömn, vikt, kost & motion?

- 4) Hur kan du hjälpa patienten att skapa så goda förutsättningar som möjligt för en god egenvård?
Hur motiverar du patienten till de förändringar som behövs göras?
Hur tycker du att det är?

- 5) Vad kan du göra för att skapa en god kontakt med patienten?
Vilka möjligheter finns?

- 6) Vilka hinder finns för att nå patienten och motivera denne till en god egenvård?

- 7) Vad har du för arbetsmaterial/hjälpmiddel i patientkontakten och hur använder du det?
Hur upplever du att det hjälper dig?
Hur upplever du att det hjälper patienten?

- 8) Kan du berätta om ett möte som blev bra?
Har du erfarenhet av något svårare patientmöte som du dragit lärdom av?

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se