

Bättre livskvalitet med vårdplan?

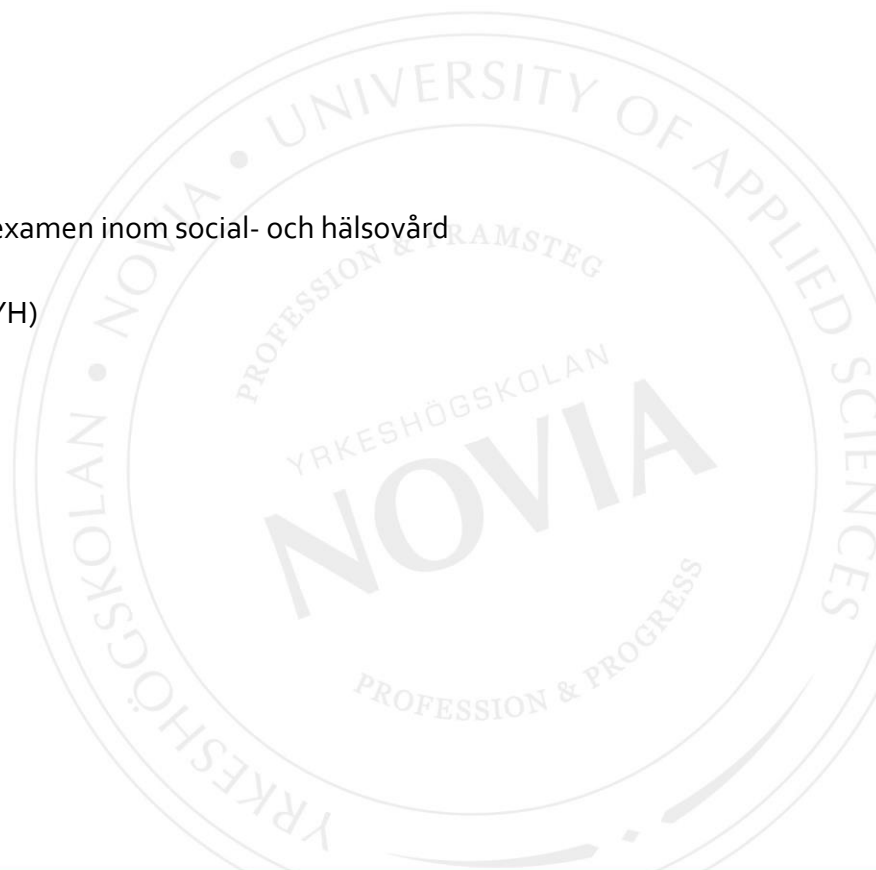
En kvalitativ intervjustudie om vårdplan för
diabetespatienten

Susanne Söderback

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Susanne Söderback

Utbildning och ort: Yrkehögskolan Novia, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare YH

Handledare: Anita Ståhl-Levön

Titel: Bättre livskvalitet med vårdplan?

En kvalitativ intervjustudie om vårdplan för diabetespatienten

Datum 08.10.2017

Sidantal 37

Bilagor 4

Abstrakt

Diabetes är ett samlingsnamn för kroniska sjukdomar som ökar blodsockernivån i kroppen. Diabetes är en av de sjukdomar som ökar snabbast i Finland och i hela världen. Vårdplan för kroniskt sjuka patienter, som diabetiker är, förväntas göras enligt Institutet för hälsa och välfärd, (THL) och hör till patientens rättigheter enligt hälsovårdslagen 30.12.2010. Syftet med examensarbetet är att beskriva, de erfarenheter som diabetiker erhållit, genom att få en individuell vårdplan uppgjord samt att ta reda på om de upplevt att denna bidragit till bättre livskvalitet och god vård. I studien har en kvalitativ metod använts och data har samlats in genom 12 stycken patient-intervjuer bland typ 2-diabetiker i åldern 51 – 70 år, som redan har fått en vårdplan uppgjord. Dorothea Orems teori om egenvård, har valts som teoretisk utgångspunkt. Analysen har skett genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet är uppdelat i fyra huvudkategorier: God vård, Livskvalitet, Vårdplan, samt Egenvård. I resultatet framkom att **de flesta ansåg att vårdplanen har bidragit till bättre livskvalitet, en del dock ej. Vissa var osäkra.** Olika erfarenheter som diabetikerna erhållit genom att få individuell vårdplan uppgjord har också kommit fram i intervjuerna, vilket samtidigt gett svar på frågeställningen: Vilka erfarenheter har diabetikerna av att få en vårdplan uppgjord? Slutsatsen lyder: Upprättande av vårdplan upplevs för de flesta diabetiker ge bättre livskvalitet, vilket höjer motivationen att i fortsättningen göra upp vårdplaner, för diabetikers bästa.

Språk: Svenska

Nyckelord: Diabetes, Livskvalitet, Vårdplan, Egenvård, God vård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Susanne Söderback

Koulutus ja paikkakunta: Ammattikorkeakoulu Novia, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidtaja YH

Ohjaaja(t): Anita Ståhl - Levön

Nimike: Parempi elämänlaatu hoitosuunnitelman avulla?

Laadullinen haastattelututkimus diabetesta sairastavien hoitosuunnitelmasta

Päivämäärä 08.10.2017

Sivumäärä 37

Liitteet 4

Tiivistelmä

Diabetes on kroonisten sairauksien joukko, mikä lisää veren sokeritasoja kehossa. Diabetes on yksi nopeimmista kasvamista sairauksista Suomessa ja muualla maailmassa. Kroonisesti sairaiden potilaiden hoitosuunnitelma, kuten diabeetikkojen, odotetaan toteutuvan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, THL:n mukaan ja kuuluu potilaan terveydenhoitolain 30.12.2010 mukaisiin oikeuksiin.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvaamalla kokemuksia, joita diabeetikot ovat saaneet saatuaan yksilöllisen hoitosuunnitelman ja selvittää jos he kokivat tämän parantavan elämänlaatua ja hyvää hoitoa. Tutkimuksessa on käytetty kvalitatiivista menetelmää. Tietoja on kerätty 12 potilashaastattelusta, 51-70-vuotiaiden tyypin 2 diabeetikoilta jotka ovat jo saaneet hoitosuunnitelman. Dorothea Oremin omahoidon teoria on valittu teoreettiseksi lähtökohdaksi. Analyysi on tehty laadullisen sisällönanalyysin avulla.

Tulos on jaettu neljään pääluokkaan: Hyvä hoito, Elämänlaatu, Hoitosuunnitelma ja Omahoito. Tulokset osoittavat, että useimmat diabeetikot katsovat, että hoitosuunnitelma on parantanut elämänlaatua, mutta osa ei. Jotkut olivat epävarmoja. Haastatteluissa ilmeni myös erilaisia kokemuksia, joita diabeetikot saivat yksittäisten hoitosuunnitelmien avulla. Nämä antoi myös vastauksia kysymykseen: Minkälaisia kokemuksia diabeetikoilla on saatua yksilöllisen hoitosuunnitelman?

Johtopäätös on: Hoitosuunnitelman laatiminen kokevat useimmat diabeetikot parantavan elämänlaatua, mikä taas herättää motivaatiota jatkamaan hoitosuunnitelmien kehittämistä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Diabetes, Elämänlaatu, Hoitosuunnitelma, Omahoito,

Hyvä hoito

BACHELOR'S THESIS

Author: Susanne Soderback

Degree Programme: Bachelor in healthcare, Vasa

Specialization: Nursing YH Vasa

Supervisor(s): Anita Ståhl-Levön

Title: Better quality of life with care plan?

A qualitative interview study on the care plan for the diabetic patient

Date 2017.10.08 Number of pages 37

Appendices 4

Abstract

Diabetes is a group of chronic diseases that increase blood sugar levels in the body. Diabetes is one of the fastest growing diseases in Finland and worldwide. Health care plan for chronically ill patients, like diabetics are, is expected to be done according to the Institute for Health and Welfare (THL), and belongs to the patient's rights under the Health Care Act 30.12.2010.

The aim of the thesis work is describing the experiences that diabetics have obtained by getting an individual care plan prepared and to find out if this contributed to better quality of life and good care. In the study, qualitative methods have been used and data has been collected through 12 patient interviews among type 2 diabetics aged 51-70 years, who have already received a care plan. Dorothea Orem's self-care theory has been chosen as the theoretical starting point. The analysis has been done through qualitative content analysis.

The result is divided into four main categories: Good Care, Quality of Life, Care Plan, and Self-Care. The result was that most diabetics felt that the care plan contributed to better quality of life, some not. Some were not sure.

Different experiences that the diabetics obtained through the provision of an individual care plan have also emerged in the interviews, which at the same time provided an answer to the question: What experiences do the diabetics have of getting a care plan done?

The conclusion is: Establishment of care plan is experienced for most diabetics, providing better quality of life, which raises the motivation to continue to develop care plans, for the diabetic's best.

Language: Swedish

Keywords: Diabetes, Good Care, Quality of Life, Care Plan, and Self-Care

Innehåll

1. Inledning.....	1
2. Syfte och frågeställningar.....	2
3. Teoretisk utgångspunkt.....	3
3.1 Orems egenvårdsmodell.....	3
3.1.1 Teorin om egenvård	4
3.1.2 Teorin om egenvårdsbrist.....	5
3.1.3 Teorin om omvårdnadssystem.....	6
3.2 Teorins hörnstenar.....	6
3.2.1 Människan.....	6
3.2.2 Miljön.....	7
3.2.3 Hälsan.....	8
3.2.4 Omvårdnad.....	8
4. Teoretisk bakgrund.....	9
4.1 Diabetes en kronisk sjukdom.....	10
4.1.1 Egenvård vid diabetes.....	12
4.1.2 Livskvalitet och god vård vid diabetes.....	13
4.2 Vårdplan för diabetiker.....	14
4.2.1 Vårdbehov och mål.....	16
4.2.2 Vårdmetoder och förverkligande/lösningar.....	17
4.2.3 Planerad uppföljning, stöd och utvärdering.....	18
4.2.4 Vårdplan uppgjord av/Planens ansvarspersoner.....	19
5. Metod och tillvägagångssätt.....	20
5.1 Urval.....	21
5.2 Datainsamling.....	22
5.3 Dataanalys.....	23
5.4 Etik.....	24
6. Resultat	25
6.1 God vård.....	25
6.2 Livskvalitet.....	26
6.3 Vårdplan.....	27
6.4 Egenvård.....	28
7. Diskussion	29
7.1 Metoddiskussion.....	30

7.2 Resultatdiskussion.....	30
7.3 Slutledning.....	33
Källförteckning.....	35

Bilagor:

Bilaga 1 Tillståndsansökan

Bilaga 2 Följebrev

Bilaga 3 Intervjuguide

Bilaga 4 “The holy three” för diabetikers hälsa och vårdmål

1. Inledning

Jag valde att skriva om Vårdplan för diabetiker främst för att jag i mitt dagliga arbete som diabetesskötare, inte ännu tagit i bruk systematisk användning av och uppgörande av skriftlig/elektronisk vårdplan. Planerna är dock att ta i bruk vårdplaner för diabetespatienter på min arbetsplats i framtiden.

Vårdplan för kroniskt sjuka patienter, som diabetiker är, förväntas göras enligt Institutet för hälsa och välfärd, (THL) och hör till patientens rättigheter enligt hälsovårdslagen 30.12.2010. En standardiserad vårdplan, även kallad generell vårdplan är en sådan plan som Gångse Vård (Käypä hoito) rekommendationerna, där överenskomna riktlinjer för hur en särskild patientgrupp ska vårdas uppgjorts. Gångse vård, den generella vårdplanen ska ligga till grund för en individuell vårdplan. Gångse Vård rekommendationerna för diabetiker uppdaterades senast 22.3 2016.

Diabetes är en av de sjukdomar som ökar snabbast i Finland och i hela världen. I Finland finns redan ca. 500 000 diabetiker och vårdkostnadernas andel är 15 % av hela hälsovårdens kostnader, (Käypä hoito 2016). Diabetes Mellitus är ett samlingsnamn för flera sjukdomar som leder till ökad halt glukos i blodet. Kostnaderna ökar mångfaldigt ifall diabetesrelaterade sjukdomar eller komplikationer tillstöter, enligt THL. Diabetespatienter kan vara både typ 1- (35 – 40 000 i Finland) och typ 2-diabetiker (största andelen dvs. 75 - 80% av diabetiker) eller någon annan form av diabetiker, med eller utan komplikationer. I diabetesvården är 2 allmänna huvudmål dels att förebygga diabeteskomplikationer och dels att sträva till god livskvalitet och symtomfrihet. Med hjälp av tidig diagnostisering och **god genomförd vård**, kan man bidra till **bättre livskvalitet för diabetiker** samt minska kostnader orsakade av diabetes, (Koski, S., 2010).

Någon elektronisk vårdplansmodell eller blankett finns inte på min arbetsplats, så därför blir den första utmaningen att utveckla en vårdplansmodell i vårt datasystem. Sedan hoppas jag kunna komma igång med rutinmässig individuell vårdplanering på våra diabetespatienter. Dyliga vårdplaner torde kunna länkas in i Kanta i framtiden.

Som datainsamlingsmetod används intervjuer bland diabetiker som redan har fått uppgjord vårdplan, vid annan hälsovårdscentral(HVC). Syftet med denna studie är att beskriva de erfarenheter som diabetiker erhållit genom att få en individuell vårdplan uppgjord samt att ta reda på om de upplevt att denna bidragit till bättre livskvalitet och god vård

Den teoretiska utgångspunkten i detta examens arbete är **god vård för diabetespatienten** med hopp om **livskvalitet** för diabetikern som följd. Jag har valt Dorothea Orems egenvårdsteori som vårdvetenskaplig grund för detta arbete. Diabetes är en livslång sjukdom och kräver en omfattande och komplex egenvård. Både vården av typ 1- och typ 2-diabetes sker i huvudsak i patientens egen vardag, varför man med hjälp av undervisning i egenvård och med stöd av dess resurser kan uppnå både bättre livskvalitet samt god vård för patienten. Om diabetikern själv upplever nytta av uppgjord vårdplan i form av god vård och bättre livskvalitet, är det också lättare som vårdpersonal, att hitta motivation att genomföra dessa.

En individuell vårdplan är den typ av vårdplan som främst menas i detta arbete. Vid individuell vård utgår man från patientens unika hälsosituation och vårdbehov, där vårdaren visar intresse för och arbetar utifrån patientens egen upplevelse av hälsa, sjukdom och behov för att kunna uppnå uppsatta vårdmål vid kroniska sjukdomar. (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand 2013, 74). Enligt vårdhandboken.se ska den aktuella vårdplanen innehålla de diagnoser (problem, risker) och mål som man tillsammans med patienten kommit fram till, med åtgärder och ordinationer som följd. ”Syftet med vårdplanen är att alla personer som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats” (<http://www.vardhandboken.se/Texter/Dokumentation/Patientjournalens-innehall-och-funktion>).

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att beskriva de erfarenheter som diabetiker erhållit genom att få en individuell vårdplan uppgjord samt ta reda på om de upplevt att denna bidragit till bättre livskvalitet och god vård. Kärnan i diabetesvården är att ge god vård för att både minska mänskligt lidande för patienten ex minimera/skjuta fram eventuella komplikationer samt att samtidigt kunna minska samhällets tilläggs-kostnader, som diabeteskomplikationer medför.

Frågeställningar

- Vilka erfarenheter har diabetikerna av att få en vårdplan uppgjord?
- Upplever diabetikerna att en uppgjord vårdplan bidragit till bättre livskvalitet och god vård?

3. Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten i detta examensarbete är Dorothea Orem med hennes egenvårdsteori. Vård med betoning på patientens grundläggande behov utgående från Dorothea Orems egenvårdsteori grundar sig på omvårdnadens mål och syfte, liksom den individuella vårdplanens uppgift i detta arbete också gör. Egenvård omfattar de handlingar som en människa tar initiativ till och utför på egen hand för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Jag anser att egenvårdsmodellen kan tillämpas inom livsstilsfrågor som kost och motion där diabetikern själv väljer hur hen vill ta hand om sig och sin hälsa. Ett gemensamt drag för egenvårdshandlingar är att de är inriktade på bestämda mål. Respekt och intresse för patienten är viktig. (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 39, 85 - 88), (Jahren Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Leksell & Källström Karlsson, 2016, 17). Orem tar även upp begreppen välbefinnande och livskvalitet vilka varit viktiga ledord i detta arbete.

Orem har under flertalet år vidareutvecklat tre specifika teorier som alla utgår ifrån den generella omvårdnadsteorin: teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist samt teorin om omvårdnadssystem (Alligood, 2014, 242, 244). Jag har valt att främst analysera hennes egenvårdsteori. Orems beskrivning av de olika begreppen medför en mängd upprepningar. Teorin om egenvårdsbrist kan tillämpas då man som vårdare arbetar med patienter som behöver lära sig att själva utföra speciella typer av egenvårdshandlingar. (Kirkevold, 2000,164). Detta gäller här diabetiker, annars även andra patienter med olika kroniska tillstånd.

3.1 Orems egenvårdsmodell

Dorothea Orems egenvårdsmodell delas in i tre olika teorier, som tillsammans bildar en övergripande teori om omvårdnad. Egenvården har ett syfte och är den handling som människan påbörjar och genomför på egen hand för att ta hand om livet, hälsan och välbefinnandet, det vill säga målinriktade aktiviteter. Orems egenvårdsteori bygger på att stödja patientens egenvård när livssituationen förändras. Egenvården förklarar varför och hur människor hjälper sig själva. Det är en regelbunden uppgift som individen själv måste genomföra och den påverkas bland annat av familj, kultur och samhälle. I de flesta fall ansvarar vuxna för sig själva, medan spädbarn, barn, äldre människor, de sjuka och de

funktionshindrade är i behov av fullkomlig vård eller hjälp med sina egenvårdshandlingar (Alligood, 2014, 243 - 248).

3.1.1 Teorin om egenvård

Den första är teorin om egenvård, som beskriver varför och hur människan tar hand om sig själv. Denna teori fokuserar på tre begrepp: egenvård/målinriktade handlingar, egenvårdsbehov samt egenvårdskrav/anspråk på egenvård. Orem beskriver egenvården som de handlingar individen gör för sin egen skull för att ta hand om livet, hälsan och välbefinnandet och därmed sin livskvalitet. Dessa handlingar är frivilliga, medvetna och självmant utförda aktiviteter. Fokus ligger på patientens förmåga att utföra egenvård och målet med sjukskötarens omvårdnad bör vara att främja patientens förmåga till egenvård (Renpenning, 2003, 212 - 213). Egenvården delas enligt Orem in i en värderingsfas, en planeringsfas samt en genomförandefas och dessa tre tillsammans bildar ett målinriktat handlingsförlopp (Kirkevold, 2000, 149 – 150)

Egenvårdens syfte är att tillgodose de egna egenvårdsbehoven. Egenvårdsbehoven utgörs av kategorier såsom universella behov, utvecklingsmässiga behov och behov relaterade till hälsa. De universella egenvårdsbehoven är de handlingar som människan gör för att sköta om den mänskliga funktionen och säkra hälsan och välbefinnandet. Detta kan exempelvis vara upprätthållande av syreupptag, samt vätske- och födointag. (Orem, 2001, 225). Utvecklingsmässiga egenvårdsbehov berör människans livsomlopp, med antagande om att människans utveckling sker från födseln till livets slut. De egenvårdsbehov som relaterar till hälsa och hälsoproblem förekommer hos sjukdomslidande personer eller de personer med skador eller funktionshinder samt de som genomgår vårdbehandlingar. De egenvårdskrav en person kan ha, betraktas som de egenvårdshandlingar/aktiviteter som bör göras för att personen skall tillfredsställa de universella, utvecklingsmässiga och hälsorelaterade behoven. (Orem, 2001, s. 53).

I teorin om egenvård beskrivs egenvård som målinriktade aktiviteter som människan självständigt utför för sig själv eller för andra. Orem menar enligt Renpenning och Taylor (2003, 223) att detta är en form av allmänmänskligt beteende som lärs in under påverkan av den sociala och kulturella miljön individen befinner sig i. Det ligger i människans natur att främja hälsa, normal funktion, välbefinnande och utveckling hos sig själv. Målen för egenvården är att säkerställa mänsklig funktion, utveckling och hälsa. Utifrån dessa mål

presenterar Orem en beskrivning av förhållandet mellan patientens behov av egenvård samt förmåga att tillgodose dessa behov. Inom vården ska sjukskötaren verka för att på ett aktivt sätt bedöma patientens individuella egenvårdsbehov utifrån dessa två variabler. Detta leder fram till teorin om omvårdnadssystem, där sjukskötarens uppgift blir att identifiera de egenvårdsbrister som finns i patientens förmåga till egenvård. Graden av brist i egenvården, är det som avgör, hur mycket hjälp och stöd patienten behöver (Jahren Kristoffersen et.al. 2006, 39), (Jahren Kristoffersen et.al. 2016, 430).

De objektiva kraven på egenvård varierar beroende på individens ålder, utveckling och aktuella livssituation. Orem hävdar att människan har möjlighet att lära sig uppfylla nya egenvårdskrav. Ett viktigt mål med omvårdnaden är därför att bidra till att patienten tillägnar sig kunskaper och färdigheter för att kunna utföra egenvård. Egenvård beskrivs som en målinriktad aktivitet som är oberoende av de två andra teorierna och har en överordnad syn på både människans natur, hens möjligheter eller begränsningar i livet (Alligood, 2014, 242, 244).

3.1.2 Teorin om egenvårdsbrist

Den andra är en teori om egenvårdsbrist, vilken beskriver och förklarar orsaken till varför människan behöver sjukvård. Den är uppbyggd kring de två centrala begreppen: egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning. Det handlar om de personer som drabbats av någon eller flera hinder för att inte kunna utföra egenvård. Begränsningarna kan ha skett genom olika orsaker, exempelvis genom en olycka eller även p.g.a. en hög ålder. Egenvårdsbristen kan vara delvis eller total. Egenvårdsbristen beskriver förhållandet mellan den enskilda individens förmåga att handla och hens oförmåga att genomföra egenvård. Egenvårdsbristen är således en obalans mellan personens egenvårdskapacitet och hens egenvårdskrav (Kirkevold, 2000, 149 – 15. Sjukskötaren kompenserar egenvårdskapaciteten när det behövs och stödjer egenvårdsförmågan när det är möjligt (Orem, 2001, s. 146 - 147, 282).

3.1.3 Teorin om omvårdnadssystem

Teorin om omvårdnadssystem, den tredje teorin i egenvårdsmodellen, berättar om och förklarar de förhållanden som bör åstadkommas och upprätthållas för att sjukvård skall bli till. Teorin baserar sig på begrepp såsom omvårdnadssystem, omvårdnadskapacitet och hjälpmetoder. I en situation med omvårdnad agerar en vårdare och en person som är i behov av hjälp och som på egen hand inte kan tillfredsställa sina vårdbehov. Den person som hjälper till bör ha funnit sin roll som vårdare och därmed kunna veta vilka behov som den andre personen saknar och behöver få hjälp med. I denna omvårdnadssituation kan vårdaren hjälpa den hjälpbehövande att själv utveckla förmågan att inse och eventuellt tillfredsställa sina egna hjälpbehov. Omvårdnadssystemet grundar sig på samverkan mellan vårdaren och den som vårdas. (Orem, 2001, s. 147 - 148)

Enligt Renpenning och Taylor (2003, 235) beskriver Orem vidare olika hjälpmetoder som sjukskötaren kan använda sig av för att tillgodose patientens egenvårdsbehov. Inom dessa olika metoder belyses särskilt undervisning och handledning av patienten i egenvård samt möjligheten att skapa en miljö som främjar individens terapeutiska utveckling. Undervisning i patientens egenvård är ett viktigt redskap för sjukskötaren när en patient ska tillägna sig nya kunskaper för att klara sin egenvård. Sjukskötaren måste identifiera patientens behov av lärande och utifrån detta planera hur undervisningen ska planeras och genomföras för att på bästa sätt stödja patienten i sin egenvård.

3.2 Teorins hörnstenar

Orem använder de 4 begreppen människa, miljö, hälsa och omvårdnad. Till dessa knyts hennes värderingar och verklighetsuppfattning. Dessa är grunden i hennes teori eller teorins stöttepelare, så kallade grundvalar (Jahren Kristoffersen et.al. 2006, 39). Nedan beskrivs dessa närmare.

3.2.1 Människan

Den tänkande, handlande, kunniga och kapabla människan. Har förmågan att lära och utvecklas. Ibland kan hon behöva stöd för att återupprätta sin egenvårdskapacitet. Orem anser att en människa är en aktiv och fri varelse som är reflekterande över både sin

omgivning och sig själv, och som kan uttrycka sig i symboler. Hon har förmåga att använda symboliska uttryck i tänkande och kommunikation och att försöka att göra sådant som är till gagn för henne själv och för andra. En människa kan uppnå välbefinnande genom egenvård. Kulturen och den sociala gruppen som individen ingår i påverkar hur egenvårdshandlingarna sker. Individen själv har ett stort ansvar för att utveckla goda vanor och på så sätt främja hälsa. (Orem, 2001, s182).

Dessa karaktäristika hos människans natur hänger ihop med egenvård enligt Orem. Hon ser människan som en aktiv varelse med hög grad av frihet. Människan skiljer sig från andra levande varelser. Normalt sett har människan både vilja och förmåga att ta vara på sig själv och hen utför handlingar som bidrar till att bevara liv och främja hälsa och välbefinnande (Jahren Kristoffersen et.al. 2006, 39). Med termen "egen" menas hela människans själ (Orem, 2001, s. 43, 143).

"Egenvård omfattar de handlingar som en människa tar initiativ till och utför på egen hand för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Omsorg om andra utgör den vuxna människans bidrag till hälsa och välbefinnande för beroende medlemmar av vederbörandes sociala grupp" (Orem, 2001, s 43). Orem visar en stark tilltro till människans resurser och möjligheter till problemlösning. Egenvårdsprocessen kan indelas i 2 faser:

Fas 1 omfattar den psykologiska aktivitet och bedömning som föregår och leder fram till ett beslut om vad som behöver göras för att ett bestämt syfte eller mål ska uppnås. Personen bedömer situationen och tar initiativ till att utföra bestämda handlingar

Fas 2 omfattar de efterföljande handlingarna. Innehållet i egenvårdshandlingarna är knutet till det aktuella egenvårdsbehovet (målet) (Jahren Kristoffersen et.al. 2006, 40).

3.2.2 Miljön

Miljö eller omgivning beskriver Orem helst genom att framhäva kulturen och den sociala gruppens betydelse för individens lärande i egenvårdssammanhang. Hon påpekar att egenvårdstänkandet passar väl in i det moderna samhällets förväntningar på att individen i stor utsträckning ska vara självständig och ta ansvar för sitt eget liv.

Det finns olika miljöer och dessa kan indelas i fysisk miljö och utvecklingsmiljö samt i vårdmiljö. Fysisk miljö = det vi har runt omkring oss. Utvecklingsmiljö = avvikelser i

naturen eller samhället som bidrar till hälsa eller ohälsa. Med detta menar hon att man ska skapa en miljö som främjar individens tillfrisknande och målsättning att bli oberoende. Man vill dels bygga upp en miljö som kompenserar för individens bristande förmåga till egenvård, dels en social miljö där individen får stöd och möjlighet att lära sig allt som kan vara av vikt för att till slut kunna nå oberoende (Alligood, 2014, 240, 247).

3.2.3 Hälsan

Man måste värna om människans integritet, alltid ha ett holistiskt synsätt, dvs ett fysiskt psykiskt och socialt välbefinnande. Hälsa är: Ett personligt tillstånd, kännetecknat av friskhet och helhet i utvecklande mänskliga strukturer och av fysisk och psykisk funktionsförmåga. Orem påpekar att innehållet i hälsobegreppet förändras när människosynen förändras. Hon säger att begreppen hälsa och välbefinnande syftar på olika tillstånd hos människan, men att de är förknippade med varandra. Begreppet välbefinnande hänger samman med individens egen upplevelse av sin livssituation. En människa kan mycket väl uppleva välbefinnande trots motgångar, sjukdom och sviktande funktionsförmåga. Välbefinnande definieras av Orem mer explicit som... ett tillstånd som karaktäriseras av upplevelse av tillfredsställelse, harmoni och glädjeämnen; av andliga upplevelser, samt av utveckling mot uppfyllandet av egna ideal och en bestående personlighet (Orem, 2001,186)

Orem understryker betydelsen av att utveckla goda vanor och handlingsmönster som främjar hälsa. En annan viktig aspekt är att kunna förändra gamla vanor i takt med nya krav på egenvårdsinsatser. Undervisning och träning krävs för att barn och unga ska utveckla kunskaper, färdigheter och positiva attityder till egenvård och hälsa. Generellt anses egenvård vara ett viktigt delmål när det gäller hälsa. Egenvård kan också betraktas som hälsans beteendemässiga aspekt, eftersom egenvård omfattar handlingar och handlingsmönster som enligt Orem är själva förutsättningen för att upprätthålla eller återvinna hälsa (Jahren Kristoffersen et.al. 2006, 41)

3.2.4 Omvårdnad

Omvårdnad innebär att främja egenvården och att identifiera individens egenvårdskapacitet samt alltid se till individens egenvårdskapacitet. Att sträva till att stödja och motivera individen att återfå sin egenvårdande förmåga. Orem ser omvårdnad som en samhällelig

hjälpinsats. Omvårdnadens överordnade mål är att främja normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos människan. Ett viktigt delmål är att tillgodose individens egenvårdsbehov. Handlingar som är inriktade på egenvårdsbehoven kan utföras av individen själv, av andra eller av sjukskötare (Allgood, 2014, 244 - 246). Enligt Rörvik (1976) är mål det resultat man vill uppnå med en handling. Mål med en omvårdnadshandling kan till exempel vara att förebygga, minska eller lösa problem alternativt bota eller behandla. När det inte går att förebygga eller bota blir målen med omvårdnadshandlingarna istället att mildra problem, lindra och stödja (Jahren Kristoffersen, et.al. 2016, 541)

4 Teoretisk bakgrund

Diabetes är en störning i kroppens ämnesomsättning som gör att blodsockret stiger. Det beror antingen på att bukspottkörteln inte producerar tillräckligt med det livsviktiga hormonet insulin (insulinbrist) eller på dess försämrade effekt (insulinresistens) eller båda. Dit hör också störningar i fett- och ämnesomsättningen. (Ilanne-Parikka, Rönnermaa, Saha & Sane 2015, 7). De två stora diabetesgrupperna är typ 1 och typ 2. Det finns dock också blandtyper av diabetes, där de mest kända är MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young) och LADA (Latent autoimmune Diabetes in Adults) samt därtill graviditetsdiabetes och sekundär typ av diabetes (oftast orsakad av bukspottkörtelinflammation). I Finland har ungefär 50 000 personer typ 1-diabetes och ungefär 300 000 personer typ 2-diabetes. Enligt Diabetesförbundet i Finland räknar man dessutom med att det finns cirka 150 000 personer med odiagnostiserad typ 2-diabetes (www.diabetes.fi)

Vid typ 1-diabetes utsöndrar inte kroppen det livsviktiga hormonet insulin. Det beror på att de insulinproducerande ö cellerna i bukspottkörteln är utslagna. Därmed sköts typ 1 diabetes med insulin hela livet genom att försöka imitera kroppens egen insulinproduktion, så gott det går. Insulinbehovet varierar bl.a. enligt kolhydratintag i kosten och daglig fysisk aktivitet (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 23). Insjukandet i typ 1 diabetes kan ske i barndomen, ungdomen eller vid vuxen ålder. Mer än hälften insjuknar i vuxen ålder. Typ 1 diabetes går tills vidare inte att förebygga eller bota. Forskning på område pågår hela tiden (www.diabetes.fi)

Typ 2 diabetes är en anhopning riskfaktorer för artärsjukdom och höjda blodsockervärden är bara ett symtom bland flera andra. Blodsockerstegringen har att göra med dels nedsatt

insulineffekt (insulinresistens), dels störd insulininsöndring i bukspottkörteln. Typ 2 diabetes sköts ur ett helhetsperspektiv med tanke på den ökade risken för hjärt-och kärlproblematik, övervikt och blodsocker. Det innebär alltid i första hand livsstilsändringar (ex kost, motion, rökstopp, strävan till viktnedgång vid övervikt) i kombination med ev. tabletter, injektioner och/eller insulin (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 23).

Diabetes utgör ett kraftigt växande globalt folkhälsoproblem. Det beräknas redan finnas ca 380 miljoner diabetiker i världen, varav största delen har typ 2 diabetes eller ca 80 - 90 %. Typ 2 diabetes är vanligare hos äldre, men har senare år också börjat öka bland yngre, i takt med ökad välfärd; mindre fysisk aktivitet och ökat energiintag. Totala mängden diabetiker förväntas stiga till 592 miljoner till år 2035 och förväntas öka mest i utvecklingsländerna. (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 10)

Komplikationer av diabetes är oftast i små kärl (mikrovaskulära komplikationer) och/eller i stora kärl (makrovaskulära komplikationer). Mikrovaskulära komplikationer drabbar således ofta ögon (retinopati), njurar (nefropati) eller perifera nerver (neuropati). Makrovaskulära komplikationer yttrar sig i hjärt- och kärl problematik. Det är exempelvis 2 - 3 gånger större risk för hjärtinfarkt och blodcirkulationsstörningar i hjärnan/stroke för diabetiker än för icke diabetiker (Mustajoki, 2017, lääkärkirja-Duodecim). Den relativa förekomsten av komplikationer minskar, men eftersom antalet diabetiker ständigt ökar, är trots detta den absoluta förekomsten av komplikationer inte avtagande. De viktigaste riskfaktorerna för mikrovaskulära komplikationer är sjukdomens duration, metabol kontroll och hypertoni, medan de viktigaste riskfaktorerna för makrovaskulär sjukdom är rökning, blodtryck, lipider och albuminuri. (Skafjeld & Graue, 2013, 66)

4.1 Diabetes en kronisk sjukdom

Diabetes är en kronisk sjukdom som varar livet ut. Diabetes är ett irreversibelt, konstant sjukdomstillstånd som påverkar hela människan och hennes omgivning. För att komplikationer ska kunna förebyggas krävs god behandling och egenvård. Diabetes upplevs dock inte alls självklart som en sjukdom, eftersom diabetikern själv ofta inte känner sig sjuk. Detta kan i sin tur påverka motivationen att sköta sig och att tillåta behandling (Agardh, Berne & Östman, 2002, 365 – 366).

Livskvalitet är ett viktigt begrepp att använda vid kronisk sjukdom. Livskvalitet är viktigt som begrepp både inom klinisk praxis och inom forskning. Enligt studier har ex. personer

med diabetes sämre livskvalitet än människor utan diabetes, men bättre än personer med andra allvarliga kroniska sjukdomar. Många har det bra, trots sin diabetes sjukdom – men det finns också grupper som upplever sin situation som värre än andra. En viktig uppgift för vårdpersonalens blir att fånga upp dessa för att kunna förbättra vården och behandlingen.

I och med att diabetes är en kronisk sjukdom, bör den betraktas i ett perspektiv som omfattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella förhållanden. Det är den som har diabetes som har det primära ansvaret för sin sjukdom, men vårdpersonal kan medverka till att påverka sjukdomsförloppet, som i sin tur kan bidra till upplevelsen av livskvalitet. (Skafjeld & Graue 2013, 195 - 196). Diabetiker uppfattar sin sjukdom på olika sätt, och synen på sjukdomen kan förändras under sjukdomstiden. Vissa personer lär sig leva med sin diabetes, den blir en del av vardagen, medan andra upplever en kamp, som hela tiden blir svårare och begränsar livet. Det går inte att förutspå att man efter en viss tid kan förvänta sig ett visst mönster, utan patienten måste mötas där den är i sitt sjukdomsförlopp och lärandeprocess. Eftersom lärandeprocessen kan se olika ut för olika personer behövs individuell anpassad vård. (Kneck, 2015)

Jahren Kristoffersen, Nortvedt, Skaug (2005, 70) beskriver att den som lever med en kronisk sjukdom kommer att få leva med sjukdomen livet ut. Det finns många olika kroniska sjukdomar och dess progression kan variera mellan att den försämras långsamt till att den kan försämras akut. En kronisk sjukdom kan inte botas, men den kan lindras. De som insjuknar kan uppleva sitt tillstånd helt olika, men kan också många gånger ha något gemensamt, så som att de vill ha kontroll över sin egenvård relaterat till sin nya livssituation. Thygesen (2001) skriver att patienter med kroniska sjukdomar upplever att kroppen kommer i fokus på ett helt annat sätt och att de blir mer begränsade i sin livssituation än de var före de fick sin diagnos (Thygesen, 2001). När livet blir mer begränsat och behovet av hjälp från omgivningen ökar kan personen känna känslor av skuld och skam över att vara sjuk och att behöva ta emot hjälp (Jeppson Grassman, Antonson, Stål & Svedberg 2003, 73). Sjukdom kan för den enskilda individen innebära att överväldigas av en känsla av maktlöshet och att individens sociala och personliga identitet hotas. Oron över att inte längre kunna lita på den egna kroppen eller veta vad det är som händer med kroppen är för många mycket påtaglig. Detta kan skapa en osäkerhet som kan hindra individens förmåga att undersöka och lära om den nya situationen (Aujoulat, 2007).

Att lindra lidande vid kronisk sjukdom ses som en primär uppgift för den professionella vårdaren, då lidande har en negativ inverkan på livskvalitén. Detta innebär att vårdaren så

långt det är möjligt sätter sig in i patientens problem och situation, och när diagnosen och/eller prognosen är ställd hjälper patienten att acceptera sjukdomen som en del av livet och anpassa livet därefter (Richt & Tegern, 2005, 320 - 321). Människors förmåga att forma sitt liv efter fastställd diagnos varierar. En del människor har en viss härdighet, det vill säga en slags motståndskraft som reglerar stress vid motgångar, som till exempel ohälsa. Motsatsen till härdighet är sårbarhet. Sårbara personer upplever sig stå utanför livets olika aktiviteter och de känner en maktlöshet inför det som sker, förändringar ses som ett hot. Däremot är både sårbarhet och härdighet föränderliga och kan på olika sätt förstärkas eller försvagas under livet (Jeppsson Grassman, et al, 2003, 33). Diabetes ökar risken för depression (www.diabetes.fi).

4.1.1 Egenvård vid diabetes

Vid diabetes påverkas hela ens vardagsliv. Blodsockret varierar enligt vad man gör, äter, vilka mediciner man tar, vilket humör man är på, om man är stressad, har semester, är förkyld, sömn, för att nämna några. Det är viktigt att lära sig hur man uppnår en så bra blodsockerbalans som möjligt eftersom blodsockret hela tiden påverkar hur man mår och på längre sikt även hälsan. Egenkontroll av blodsocker spelar därför en central roll vid all diabetesbehandling. Målet är att hålla blodsockret på så jämn och normal nivå, som möjligt. Detta också för att minimera och skjuta fram eventuella komplikationer. Komplikationerna (följdsjukdomarna) kommer inte automatiskt, utan egenvården spelar en avgörande roll: ju närmare de normala värdena behandlingsvärdena ligger desto mindre är risken för komplikationer (Alvarsson & Brismar & Viklund & Örtqvist & Östenson 2010, 97).

Av avgörande betydelse är patientens erfarenhet och självkännedom i diabetesvården. Det krävs motivation och god samarbetsförmåga för att uppnå uppsatta mål, som i sin tur ger bättre förutsättningar för att kunna ge patienten trygghet, tillit och vilja att leva ett gott liv. Samtidigt förbättras möjligheten till god egenvård (Wikblad 2012, 29).

Egenvård vid diabetes handlar om hur diabetesskötaren kan ge vård så att diabetikerns möjligheter att sköta sig själv stärks. Egenvården är ett mål i diabetesvården och innebär att diabetikern är sin egen vårdare med diabetesskötaren som konsult. Ensamstående äldre, dementa eller resurssvaga är exempel på diabetiker som inte har samma möjligheter att uppnå detta mål och som kan behöva utomstående hjälp med egenvården (Kamp Nielsen

2010, 417). För anhöriga/närstående behövs en namngiven kontaktperson i vården, att vända sig till för känsla av trygghet och bättre samverkan, (Varland & Björkqvist 2014, 32)

Diabetiker behöver kunskap i egenvård. Förutom i livsstilsändringar kan det gälla många andra saker, som till exempel att lära sig mäta blodsocker; när, hur samt målvärden för mätningarna och kunskap i hur man tolkar resultaten. Det kan även gälla kunskap i insulininjicering då sådan krävs, dosering och justering av insulin samt kännedom om låga blodsockerkänningar (hyposymtom), dess orsaker samt hur man åtgärdar/undviker dessa. Också kunskap i kolhydraträkning vid måltidsinsulin behövs liksom kunskap i justering av eventuella insulindoser enligt blodsockervärde, kolhydratintag och fysisk aktivitet. Fotvård är viktigt. Det är också bra att känna till vad man ska göra vid sjukdagar, resor mm (www.kaypahoito.fi)

4.1.2 Livskvalitet och god vård vid diabetes

Två betydelsefulla begrepp i diabetesvården är livskvalitet och livslängd. Livskvalitet är personligt och det är bara diabetikern själv som kan säga vad som är ett bra liv för just honom eller henne. Vården definierar begreppet livslängd och komplikationer i förhållande till medicinsk praxis. För att nå målet om normal livskvalitet och livslängd är egenvård ett centralt begrepp i diabetesbehandlingen. (Kamp Nielsen 2010, 416 - 417). Många som får diagnosen diabetes tror att livskvaliteten kommer att försämrans (Alvarsson, et.al. 2010, 107)

God vård vid diabetes förutsätter att diabetikern själv har tillräckligt med kunskap om diabetes och diabetesvårdens påverkande faktorer. Enbart kunskap räcker dock inte, utan kunskapen behöver också kunna omsättas i praktiken, i vardagen. Ett gott samarbete mellan diabetikern, läkaren och diabetesskötaren är viktig. Diabetiker är experter på sin egenvård i sin vardag, medan läkare och skötare känner till vårdens grunder och alternativ och de har erfarenhet av vården via andra diabetiker. God diabetesvård är ett gemensamt arbetsfält där var och en tar ansvar för sin del så att vården lyckas. För att orka sköta sig och vården ska lyckas, hjälper både familjens och anhörigas stöd samt en personlig planerad vård (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 41)

Varje människa har i sitt liv mål och mening som hör ihop med tex familj, arbete, studier och intressen. Diabetesvårdens mål är ett bra liv. Hälsa är för människan en viktig del av ett bra liv och det hjälper åtminstone ofta till att uppnå det egna livets mål och mening. När man

lägger upp mål för diabetesvården är det alltid viktigt att ta varje individs resurser och livssituation i beaktande individuellt (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 44)

4.2 Vårdplan för diabetiker

Enligt patient lagen ska vården av en patient vara planerad. I vårdplanen samlas information om patientens alla hälsoproblem samt vård, undersökningar och medicinsk rehabilitering som planerats (Kontaktpunkten för gränsöverskridande hälso- och sjukvård i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd och Folkpensionsanstaltens information via webbtjänsten vårdenhetsval.fi angående valfriheten i den nationella hälso- och sjukvården). Vårdplanen stöder Chronic Care modellen som grund för vårdplan för kroniskt sjuka patienters vårdplan på HVC. Dess bakgrund är vård och hälsovårdslagen (Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 24 §:n 3 moment) samt lagen om patientens ställning och rättigheter((785/1992)4a§)

En vårdplan är ett bra arbetsredskap i diabetesvården, både för vårdpersonal och diabetikern själv. En vårdplan samlar in och komprimerar vårdens innehåll, utförande och uppföljning. Speciellt för mångsjuka och äldre är det viktigt att ha en skriftlig plan på vårdens förverkligande och olika serviceproducenters roll. Även då, när olika saker, som hör till vården, förs fram, från olika sektorer ss arbetsplatshälsovården, primärvården och specialistsjukvården, är det viktigt att en vårdplan är gjord och där finns inskrivet arbetsfördelning och ansvaret mellan olika viljor (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 41).

Patientundervisning grundar sig på vårdplan, som görs vid sjukdomsdebuten och uppdateras enligt behov vid varje mottagningsbesök. Vårdplan görs för att stöda planeringen, förverkligandet och utvärderingen av egenvården. Planens uppgift är att stöda god vård, att vara lyhörd för patientens individuella behov och förstå helheten i vården. Planen görs tillsammans med patienten, med hens behov och resurser som grund. Det att patienten själv är med vid planeringen, förankrar patienten till att aktivt delta till målens förverkligande. Enligt Kanta.fi är vårdplanering den vård av patienten som hälso- och sjukvårdspersonalen, patienten och vid behov även anhöriga planerar tillsammans

Vårdande läkaren är ansvarig för vårdplanen, men alla som deltar i patientens vård har vårdplanen som sitt arbetsredskap. Kontinuiteten i vården tryggas då alla inblandade använder och uppdaterar samma plan.

I en heltäckande vårdplan bör skriftligen alltid ingå: vårdbehov/vårddiagnos, vårdmål, vårdmetoder/planerade vårdåtgärder och förverkligande(lösningar), planerad uppföljning och utvärdering samt vårdplanens ansvarspersoner. Patienten bör få en egen skriftlig version med hem. (Käypä hoito – työryhmä Diabetes 26.1 2016/ Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen,toteutus ja sisältö)

En vårdplans uppgift är att systematisera och identifiera behov, problem och resurser av relevant vård och anpassa valda åtgärder enligt individens behov. Att göra upp en vårdplanering utifrån en bedömning av patientens vårdnadsåtgärder i syfte att uppnå ett förväntat hälsotillstånd. (Ehrenberg, Wallin 2014, 55 - 56).

En god och säker vård kräver ofta samarbete med olika vårdnivåer, mellan olika vårdgivare för att säkerställa god kvalitet i vården i hela vårdkedjan. Ibruktage av vårdplaner innebär att vårdpersonalen kan ha en mer enhetlig syn på vilken vård patienten behöver som i sin tur medför att patienten kan få kontinuitet i vården oberoende av vem som är i tjänst. Detta är av stor vikt i dagens hälso- och sjukvård där ofta många personer är inblandade i den enskilda patientens vård. (Ehnfors, et.al. 2013, 119, 124), (Daphne 2015,100 - 106)

Det är ett verktyg som underhålls gemensamt av hälso- och sjukvårdspersonalen för att främja och upprätthålla patientens hälsa och välbefinnande (Kanta.fi, del 4, 7). Vårdplaner behövs för att patientens behov är så mycket mera än bara deras medicinska behov. Att göra upp en individuell vårdplan kan erbjuda fördelar både för patienten själv och för hälso- och sjukvårdspersonal samt för organisationen de arbetar i (Howatson-Jones, Standing & Roberts 2012, 65). Enligt tidigare studie, om uppgjord vård och omsorgsplan som gjorts i samverkan, upplever patient, anhöriga samt vårdpersonal uppgjord vårdplan som positivt. (Sundström, Blomqvist, Petersson, Rönngård & Varland 2013, 33)

Diabetesteam kan använda vårdplaner för att hjälpa diabetiker att känna sig mera motiverade till egenvård. En vårdplan borde bli ett högt kvalitativt sätt att involvera diabetikern i sin egenvård och förbättra sin hälsa och livskvalitet. Detta borde vara en pågående process, ett samarbete mellan diabetesteam och diabetiker. Vårdplanering kan definieras som en process som erbjuder aktivt engagemang i beslutsprocessen kring hur ifrågavarandes diabetesvård ska skötas. En vårdplan är ett sätt att registrera informationen mellan diabetesteamet och diabetikern för att befrämja god egenvård. Alla önskar inte att bli fullt engagerade i egenvård. Diabetikern måste kunna känna sig bekväm med vad som föreslås och att de inte behöver bära mera ansvar än de önskar. Vårdplanering är en dynamisk process av förhandlingar och delat beslutsfattande och vårdplan är ett verktyg för att lagra resultat (Hall, 2009).

4.2.1 Vårdbehov och mål

Att tillsammans med läkaren och diabetesskötaren sätta gemensamma mål för diabetikerns vård, är viktigt. När målen uppgörs är det väsentligt att diabetikern själv är aktivt med i vården och vid planering av vårdmålen. Det är läkarens och skötarens uppgift att klargöra för hur god hälsa är möjlig att upprätthålla och främjas. Det är också deras uppgift att hjälpa diabetikern att sätta mål för den egna vården och stöda denna i att nå dessa. Gemensamma uppsatta mål hjälper diabetikern att röra sig mot huvudmålet och på detta sätt kan läkaren och skötaren rikta in information, kunskap och stöd på just dessa saker som diabetikern tycker att hen behöver hjälp med. Om det finns ett mål, finns det något bestämt att sträva efter. Ett mål fyller därför en viktig funktion som motivationsfaktor, både för diabetiker och skötare/läkare (Jahren Kristoffersen et.al. 2016, 542).

Gemensamma uppsatta mål underlättar samarbete mellan alla inblandade. Ifall man inte diskuterat runt gemensamma mål eller kommit överens om klara mål kan följden bli att diabetikern strävar efter andra mål än läkaren och skötaren. Detta kan leda till att mottagningsbesöken inte motsvarar diabetikerns förväntningar. Hen upplever sig bli missförstådd eller få ogrundad respons på sina försök och göranden. Även läkaren och skötaren kan vara förbryllade och undra över diabetikerns otillräckliga vård och motivation att sköta sig, fastän orsaken egentligen är att man strävar efter olika mål. Målen och hur man uppnår dessa, behöver således beslutas gemensamt. Ofta nås målen med små, men säkra steg. Det är också viktigt att komma överens om hur samarbetet görs eller vad diabetikern önskar och förväntar sig av samarbetet (Ilanne-Parikka, 2015, 44). Vårdbehov är till exempel diabetes och eventuellt andra sjukdomar och/eller komplikationer av den/de samma. Hälsoproblem kan bestå av blodsocker, HbA1c, RR, LDL, levnadsvanor, funktionsförmåga som exempel.

Vårdmål kan vara både numeriska och icke numeriska. Det är bra om målen är enkla, konkreta, tillräckligt utmanande men ändå uppnåeliga. Målen är bra att uppställa enligt tillstånd och förmåga. Målsättning med behandling är att göra patienten symtomfri från hyperglykemi, förbättra livskvaliteten och förebygga komplikationer (Kamp Nielsen, 2010, 428). Numeriska mål kan tex vara mål värden för HbA1c, LDL, blodtryck, vikt, fasteblodsocker samt för eftermåltidsvärden.

Fritt formulerade vårdmål kan vara livsstilsrelaterade och egenvårds relaterade dagliga sysslor (t.ex. blodsockermätningar enligt överenskommelse). Medicinska mål för en diabetiker är glykemisk kontroll och minimering av komplikationer. Målen kan vara

gemensamt överenskomna eller individuella. Mål för diabetesbalansen kan till exempel vara: HbA1c värde, målvärden för hemmamätningar av blodsocker. Riskfaktorer för kärlsjukdom vid diabetes är förutom högt blodsocker även blodtrycksnivån och LDL eller ”onda” kolesterolet. Två centrala begrepp är vikt och midjemått samt vardagsaktiviteter och motion, kost, rökning, alkoholbruk, tillräckligt med sömn, egenvård av mun och fothälsa (Ilanne-Parikka, 2015, 42) När individuella vårdmål uppgörs är det speciellt viktigt att ta hänsyn till patientens ålder och yrke samt eventuella andra sjukdomar. Målet med behandlingen är att diabetikern ska må bra och vara symtomfri, att komplikationer (följdsjukdomar) ska förebyggas, livslängden förlängas och livskvaliteten bli bättre. (www.diabetes.fi).

4.2.2 Vårdmetoder och förverkligande/lösningar

Till förverkligande/lösningar och vårdmetoder kan höra både hälsovårdens tjänster och patientens egna och hens nätverks tjänster, för att genomföra och upprätthålla samt förbättra patientens hälsa o befrämja hens välbefinnande samt som moraliskt stöd för att hen ska orka med vården. Hälsovårdens tjänster kan till exempel bestå av ordnande av bantningsgrupper, medicinjusteringar och tidsbeställning till specialmedarbetare. Vården och metoderna som vårdförverkligande och lösningar, kan bestå av medicinändringar, livsstilsförändringar som tex. att uppmärksamma måltidsrytmen eller genom kostomläggning (t.ex. att äta cirka 500 gram grönsaker och frukt om dagen) och införande av regelbunden motion i vardagen (ex. träna 30 minuter om dagen, deltagande i gym grupp eller motsvarande). Vårdmetoder kan också handla om intervall av blodsockermätningar (t.ex. 1-4 mätningar/dag: före frukost samt parmätning före och 2 timmar efter huvudmål + före sänggående och följande morgon), deltagande i bantningsgrupp (hålla koll på vikten med att väga sig regelbundet) , rökstopp med hjälp av rökavvänjningsgrupp, måttlig användning av alkohol, sova tillräckligt, stressa lagom etc., Förverkligande av vården kan ske i form av undersökningar som läkaren fattar beslut om, åtgärder, konsultationer, recept och planerade vårdarbetsfunktioner (Kanta.fi, del 3, 9), (Jahren Kristoffersen, 2016, 417)

Hur tänker man uppnå uppställda mål? Jo, man behöver en konkret, tillräckligt utmanande men realistisk plan för närmaste tiden. Planen kan bestå av livsstilsåtgärder som motion och kost mm. Den kan också bestå av överenskommelse om hemmamätningar (när, hur ofta) och bokföring av dessa manuellt eller digitalt. Hemmamätningar kan bestå av blodsockermätningar, uppmätt vikt och midjemått samt blodtryck. Förändringar i medicineringen samt orsaker till förändringen bör alltid dokumenteras. Det behövs stöd i

egenvården och att orka sköta sig. Dyliga stöd kan arrangeras enskilt eller som gruppvägledning, grupp mottagningar, uppdateringsdagar, motionsgrupper, stödgrupper eller genom föreningsverksamhet och anpassningskurser. Det kan behövas mångprofessionella teamtjänster enligt individuellt behov som t.ex. besök hos näringsterapeut, psykolog, fotterapeut/fotvårdare eller specialmotionsrådgivare/rehabiliteringshandledare, tandvårdspersonal, socialskötare eller rusmedelsskötare. Det kan också behövas konsultation till specialistsjukvården (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 42).

4.2.3 Planerad uppföljning, stöd och utvärdering

Till uppföljning kan t.ex. följande mottagningsbesök (hos skötare eller läkare) höra, med eventuella laboratorieprov och/eller andra undersökningar. Kontaktuppgifter om kontaktperson bör finnas tillgängliga för patienten. Uppföljning av ögonbottenundersökningar ska planeras in, ställningstagande till behov av fotvård ska enligt fotstatus tas samt eventuellt behov av näringsterapeutbesök, psykologbesök eller tandvårdskontroller (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 42).

Planerat stöd, uppföljning och utvärdering av vården kan således t.ex. ske vid nästa mottagningsbesök. Uppföljning och tidtabell för utvärdering kan ske enligt hur och med vilken tidtabell vården lyckas som t.ex. genom uppföljning om delmål uppnås. På vilket sätt kontrollerna förverkligas bör planeras tillsammans med patienten. Schemaläggning av saker som bör medföljas som laboratorie- och andra undersökningar, årskontroll, ögonbottenfotografering, följande skötar- eller läkarkontakt eller besök och vilka förberedelser inför denna, bör också diskuteras och planeras in i samförstånd med patienten (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 42).

Syftet med en utvärdering är att kartlägga samt bedöma effekten av åtgärderna och om de har den kvalitet som eftersträvas. En utvärdering ger grunden till förändring och utveckling. Vårdplanen utvärderas fortlöpande genom att den uppdateras och revideras. Ifall ett problem inte längre finns, tas detta bort från vårdplanen. Istället läggs nya problem in när och om, sådana uppstår. Det kan finnas flera orsaker till att mål inte uppnås, t.ex. hinder orsakade av de inblandade (diabetiker, skötare, läkare, anhörig), ogynnsamma omständigheter, felbedömning av möjligheterna, orealistiska mål. En utvärdering är därmed inte enbart resultatriktad. Även då positiva resultat uppnås är det viktigt med utvärdering, inte bara glädja sig åt dessa - utan även analysera resultaten och lära sig av erfarenheterna. Ifall

resultaten inte stämmer överens med de uppställda målen, betyder detta ofta att utvärderingen inte är den sista fasen - utan istället början på en ny omgång, ofta med en tydligare utgångspunkt och därmed större utsikter att lyckas (Jahren Kristoffersen, et.al. 2016, 546 – 547).

4.2.4 Vårdplan uppgjord av/Planens ansvarspersoner

För uppgörandet av vårdplan ansvarar vårdande läkare, men den bör uppgöras i samförstånd med patienten eller hans anhöriga. Den kopplas till patientjournalen som en skild bilaga. THL har gjort upp en mall för elektronisk vårdplans uppbyggnad. För att underlätta vårdplaneringen, har olika tillvägagångssätt utvecklats. Till patienter som besöker mottagning kan man skicka en förhandsblankett hem på förhand att fylla i (Ilanne-Parikka et al., 2015,41).

Uppgifter om yrkesmänniskan (ansvarsperson) som gjort upp planen bör ingå i vårdplanen. Infon kan skrivas in som fri text eller strukturerat. Alla organisationer som deltar i vården och revideras av patienten ska uppdatera och komplettera en ny version av handlingen. Planen hör till registret hos den tjänsteleverantör som senast har uppdaterat den. Kontaktuppgifter till vårdinstansen bör också ingå (Kanta.fi, del 4, 8), (Käypä hoito.fi).

”En vårdplan är en del av en god vårdkedja inför den nya vårdreformen” (social- och hälsovårdsreformen) som är på kommande 2020, enligt Raassina vid Medi ilta tillfälle i Helsingfors, 12.5 2016. Social- och hälsovårdsreformen innebär att social- och hälsovårdens strukturer, tjänster och finansiering reformeras och att nya uppgifter överförs till ny inrättade landskap. Därför är det speciellt aktuellt att vårdplaner börjar göras mera frekvent i och med att vårdstrukturen och vårdgivaren i framtiden ändras och kan bestå av olika aktörer som inte känner patienten från förut. Avsikten är att reformen ska träda i kraft 1.1.2020. Angiven ”giltighetstid” (vilket ofta är ett år framåt, från att vårdplanen uppgjorts), för ifrågavarande vårdplan bör också framgå. Medicinering. Tillsvidare aktuell medicinering bör också alltid framgå och uppdateras vartefter ändringar sker (Ilanne-Parikka, et.al. 2015, 42).

5. Metod och tillvägagångssätt

I detta arbete har som tillvägagångssätt använts empirisk intervjustudie med semistrukturerad intervjuguide. Insamlad data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Jag valde att använda mig av semistrukturerad intervju. Denna intervjuform är något mer styrd, än en öppen kvalitativ metod i och med att forskaren i förväg har bestämt ett antal frågor eller teman som intervjun ska kretsa kring. Den som intervjuar är dock inställd på att vara flexibel gällande ordningsföljden på frågorna och den intervjuade har möjlighet att utveckla sina synpunkter. (Denscombe, 2012, 234 - 235). Metoden lämpade sig väl då jag intresserade mig för ett specifikt mål och ville undersöka arbetet kring detta och fånga diabetikers tolkningar av uppgjord vårdplan. Eftersom det fanns ett bestämt fokus för intervjuerna innan de ägde rum, ansåg jag att semistrukturerade intervjuer skulle gynna undersökningen mer än till exempel öppna intervjuer. Bryman (2008, 214 - 215) skriver att om forskaren har ett någorlunda klart fokus innan intervjuernas början så är semistrukturerade intervjuer att föredra för att resultatet ofta går att knyta till frågeställningarna eller det fokus som forskaren bestämt sig för. Kvalitativ innehållsanalys innebär en systematisk och stegvis klassificering av data för att identifiera mönster och teman. Kvalitativa metoder är av induktiv natur, det vill säga att teoretiska utgångspunkter och resonemang som används i studien bestäms eller genereras utifrån hur empirin, som samlats in, ser ut. Detta gjorde att frågeställningarna inledningsvis var väldigt generella för att under arbetets gång specificeras.

Under intervjuernas gång så avvek intervjupersonerna ett flertal gånger ifrån ämnet vi avhandlade och började prata om ett tidigare ämne eller om något annat som de fann viktigt. Jag valde då i första hand att följa med den intervjuade i den riktning de önskade, detta i enlighet med vad Bryman (2008, 206) skriver om flexibilitet. Att fånga individernas egna tolkningar och reflektioner så som de presenterar den, är en av intervjuens styrkor, enligt Ahrne & Svensson (2011, 53). I en intervjusituation finns det nämligen möjlighet för forskaren att få en djupare bild av intervjupersonens känslor, värderingar och normer. Som alla metoder så har intervjun även svagheter, det som sägs behöver inte alltid vara sant, det kan vara försköningar av verkligheten, samspelet forskare och intervjuperson emellan kan ha inverkan på intervjun (ibid). I och med att jag valde telefonintervju med en i taget, kom intervjun automatiskt att förläggas i den intervjuades hem, vilket samtidigt kom att medföra en trygg plats att vara på för den intervjuade. I en intervju finns det enligt Ahrne och Svensson (2016, 46) en inbyggd maktsituation där förhållandet består av en som frågar och

en som svarar, den som svarar har pressen på sig att svara rätt, svara tillräckligt mycket och även få gensvar på det som sagts.

Jag har i detta arbete valt att använda kvalitativ metod som forskningsmetod och semistrukturerad telefonintervju, med en person i taget, som datainsamlingsmetod. Den som intervjuar blir vid dylik metod ett viktigt redskap då det gäller att samla in och tolka data och har nära kontakt med försökspersonen. Det jag framför allt vill få fram är diabetikers upplevelser och deras syn på verkligheten. Jag är intresserad av att beskriva, förklara och tolka (Ahrne & Svensson 2016, 34). Forskningen är flexibel och frågeställningarna fördjupas successivt. I kvalitativa studier utgår man från att verkligheten kan uppfattas på många olika sätt och att det följaktligen inte finns en absolut och objektiv sanning. Resultatet grundar sig på ett litet antal individer och ett stort antal variabler. Resultatet går istället på djupet och frågeställningarna gäller specifika kontexter. ”*The less is more*” (Mc Cracken, 1988). Den primära tankeprocessen/forskningsprocessen är induktiv, dvs att försöka på basis av intervjudata komma fram till en förklaring eller en modell av något (Hedin, 2011, 3).

5.1 Urval

Ett målstyrt urval är ett icke-sannolikhets urval, syftet är inte att välja deltagare slumpvis utan att urvalet styrs (Bryman, 2008, 392). Jag använde mig av ett målstyrt urval i min studie, detta då problemformuleringen och frågeställningarna riktades in på en speciell grupp av människor att undersöka, diabetiker som fått vårdplan uppgjord. Ett målstyrt urval kan även förklaras som att forskaren väljer ut intervjupersoner eller enheter med vissa mål för forskningen i åtanke, något som överensstämmer med urvalsprocessen för denna undersökning. Urvalet intervjuade kom att bestå av typ 2 diabetiker vid annan hälsovårdscentral, än där jag själv arbetar. Orsaken till detta var att jag ville intervjua diabetiker som redan fått vårdplan uppgjord och få höra deras erfarenheter och åsikter. Vid den egna hälsovårdscentralen hade vårdplaner för diabetiker ännu inte systematiskt tagits i bruk. Att välja informanter till sin studie är ofta rätt så självklart, det bottnar i vad det är forskaren vill studera.

Det finns två huvudprinciper när det berör valet av informanter till en intervju, *representativitet* och *kvalitetsurval*. Representativitet innebär att få urvalet av informanter så omfattande och varierande som möjligt, så skevhet undviks och forskaren får en tämligen övergripande bild. Kvalitetsurval betyder att forskaren ser på informantens relevans för

studien vid urvalet. Har informanten kanske mycket erfarenhet inom området man studerar eller är denne verbalt talangfull? Då får forskaren värdefullt material, men det kan riskeras att bli för selektivt. En blandning av representativitet och kvalitetsurval är i regel vettigt (Alvesson, 2011, 59 - 61).

Denscombe (2012, 251) påpekar dock att det inte finns något som stoppar en forskare att använda sig av helt slumpmässigt urval när det kommer till val av informanter, trots detta så sker det sällan i praktiken. Informanter blir ofta i någon mån valda för att de har en relevans för studien. Forskaren ska försöka få resultaten att bli allmängiltiga.

5.2 Datainsamling

Jag kontaktade annan hälsovårdscentrals ledande skötare för att ta reda på om patientintervjuer var tillåtna, (se vänligen bilaga: tillståndsansökan). Jag fick efter skriftlig ansökan med bifogad intervjuguide och introduktionsbrev till patienten (se vänligen bilaga följebrev och intervjuguide), detta beviljat. Jag kontaktade samma hälsovårdscentrals diabetesskötare, som utfört vårdplaner på diabetiker. Hon hjälpte mig sedan konkret att plocka ut patienterna, som hon gjort vårdplan till och delgav mig deras telefonnummer. Patienterna kom på detta sätt att vara helt anonyma. Introduktionsbrev till patienterna, där det framgick vem jag som forskare var och varför jag gjorde denna studie/syftet med studien samt intervjufrågorna, skickades hem till patienterna per post, så att de på förhand kunde läsa igenom och sätta sig in i dem.

Jag startade med att göra 2 provintervjuer på diabetiker på egen hälsovårdscentral, för att känna in frågornas relevans för arbetets syfte, samt säkerställa mig om att den tekniska utrustningen fungerade. Att jag valde just telefonintervju, som intervjumetod var främst på grund av avstånden och av praktiska skäl. Telefonintervjuerna utfördes våren 2017, en och en och högst 1 - 2 intervjuer/dag. De tog ca 20 – 30 minuter i anspråk, vilket de intervjuade informerades om. Att spela in intervjuerna har fördelar. Det ger bland annat forskaren en chans att koncentrera sig, på det som verkligen sägs, istället för att hinna med att skriva ner det (Ahrne & Svensson, 2011, 49). Det är även fördelaktigt på så sätt att det går att återge exakt vad intervjupersonerna har sagt och till exempel tonläge som kan ge utsagan en viss riktning kan fångas (Bryman, 2008, 415). Att ha dem inspelade var ovärderligt, jag hade aldrig kunnat fånga vad intervjupersonerna sa, bara med hjälp av papper och penna. Jag transkriberade genast samtliga bandinspelade intervjuer, i sin helhet, efter utförda intervjuer.

Då syftet med denna studie å ena sidan var att undersöka diabetikers uppfattning om/erfarenheter som diabetiker erhållit, genom att få en individuell vårdplan uppgjord. Samt å andra sidan ta reda på om de upplevt att denna bidragit till bättre livskvalitet och god vård, användes en kvalitativ metod. För att identifiera skillnader och likheter i materialet analyserades transkriberingen enligt Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2004; 24:105 – 112). Frågorna i intervjuerna hade som uppgift att ge svar på arbetets syfte.

5.3 Dataanalys

För att bearbeta och analysera det insamlade materialet användes kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är en metod där skriven eller verbal kommunikation analyseras stegvis med fokus på olikheter och likheter. Tolkningsprocessen kan resultera i ett eller flera teman. Ett tema är som en röd tråd av mening och som löper genom varje meningsenhet, kod samt genom varje kategori (Graneheim, Lundman, 2004, 105 – 106).

Det första steget i analysprocessen var att få en förståelse och en helhetsbild av det insamlade materialet därför lyssnade jag igenom varje intervju direkt efter intervjutillfället och skrev därefter ner ordagrant för att sedan läsa igenom flera gånger för att få en helhetsbild. Hela tiden med utgångspunkt i syfte och frågeställningar.

Nästa steg i bearbetningen var att sortera bort det som låg utanför intervjuguidens teman och som inte var relevant för den här studien. Det som till exempel handlade om tidigare/andra sjukdomar, anhörigas sjukdomar och behandlingsformer, lämnades bort. Därefter identifierades meningsbärande enheter (ett eller flera ord, meningar eller fraser med liknande innebörd) och texten delades in i meningsenheter. Följande steg igen blev att plocka ut de meningar som svarade på forskningsfrågorna. Detta följdes av att hitta meningsenheter för att sedan kondensera dessa, dvs processen att göra texten kortare, med bevarat innehåll. Därefter koda (sätta etikett på kondenserad meningsenhet) och kategorisera eller sortera på basen av likheter och olikheter/skillnader i innehåll. Den kvarvarande texten utgjorde basen för den fortsatta analysen (Graneheim, Lundman, 2004, 107 – 109).

I detta arbete

- delades texten in i fyra innehållsområden *god vård, livskvalitet, vårdplan och egenvård* utifrån intervjufrågorna och ifrån dessa identifierades meningsenheter, dessa meningsenheter kondenserades och koder skapades

- koderna delades in i underkategorier, som var *livsinnehåll, yrkeskunnig personal, tillgänglig vård, åsikter om vårdplan, gemensamma mål, uppföljning/kontroller* som i sin tur samlades i huvudkategorier, som visade sig bli de samma som innehållsområden var, det vill säga: god vård, livskvalitet, vårdplan och egenvård
- Ett tema, *sambandet vårdplan – livskvalitet/god vård*, formulerades och baserades på texten som helhet, innehållet i kategorierna samt på en känsla av det underliggande och som går som en röd tråd genom alla kategorier och utmynnar i egenvård. En tolkning av budskapet i innehållet. Processen ska hela tiden ha syfte i åtanke (Henricson, 2015, 336 - 338)

5.4 Etik

Jag har efter bästa förmåga följt den forskningsetiska delegationens utgångspunkter för *god vetenskaplig praxis* i min forskning. Jag har strävat efter att vara ärlig och framställa materialet på ett korrekt sätt. Jag har strävat efter att inte misstolka tidigare forskning och källor. Vid tolkningen av deltagarnas intervjusvar handlar det om att ge rättvisa åt deras berättelser och tolka berättelserna på rätt sätt enligt det deltagarna avsett. Jag har värnat om tystnadsplikten och anonymiteten. Sett till så att materialet som införskaffats hanteras regelrätt. Inte tagit emot mutor eller belöningar. Hållit avstånd från jäv. Följt anvisningar och upprätthållit kriterierna för vetenskaplig forskning (Forskningsetiska delegationen, 2014).

Intervjuerna var frivilliga. Skriftligt informationsbrev med kontaktuppgifter för eventuella frågor samt medföljande frågeguide, hade föregått intervjuerna, se vänligen bilaga 1. De intervjuade informerades om att de var anonyma och att de när som helst kunde avbryta intervjun, om de ville eller behövde. Info gavs om att intervjuerna bandades in, för att sedan skrivas ner och slutligen förstöras/makuleras.

6. Resultat

Av de sammanlagt 12 intervjuade var hälften kvinnor och hälften män i åldern 51 - 82 år. De flesta var i åldern 60 - 70 år och alla var typ 2 diabetiker. De flesta (6st.) var tablett behandlade diabetiker, många (4st.) var tablett + insulin behandlade. En var endast diet behandlad och en tablett + injektions behandlad (med GLP 1 analog). Hälften var män och hälften kvinnor som hade både tablett + insulinbehandling (2+2). En hade insulin initialt, men hade sedan fått övergå till endast tablettbehandling. De intervjuade hade haft diabetes i 1 - 20 års tid, de flesta(6st.) dock i 8 – 10 år. 5 av de 6 kvinnorna var under 65 år (under pensionsålder) och omvänt 5 av de 6 männen var över 65 år.

Mina huvudteman är vårdplan, god vård, livskvalitet och egenvård. Jag har använt mig av citat för att exemplifiera de intervjuades åsikter och kommentarer.

6.1 God vård

Att få god vård betyder väldigt mycket för många av de intervjuade diabetikerna, både män och kvinnor. God vård blir viktigare med stigande ålder, då olika krämpor ofta ökar i antal.

”God vård betyder väl allt!”, ”God vård betyder väldigt, väldigt mycket!”

God vård beskrivs av de intervjuade som vård av yrkeskunnig förtroendeingiven vårdpersonal med empati, eller med andra ord som vård av skickliga yrkesmänniskor

”att man kan lita på den man går till”, ”att de vet vad de pratar om”

och som finns tillgängliga då man behöver dem och ger sakkunnig info om livsstilsfrågor (så som till exempel kost, motion, vikt) och mediciner samt hur man ska leva. Bra att slippa till skötare eller läkare direkt, om det blir något akut och att man annars får ringa och diskutera med diabetesskötaren om det är något man funderar över

”Att man får vård/behandling då man behöver!”,

”Att man inte behöver vänta i långa köer!”,

”Att man får information och rådgivning om livsföring – upplever jag som viktig!”,

”Diabetesskötaren varit bra!”

Vårdpersonalen(diabetesskötare/diabetesläkare) bör kunna motivera diabetiker till att själva vara aktiva i egen vården för att uppnå optimalt resultat, utgående från ifrågasvarande patient individuellt och kunna lyssna och vara lyhörda/bry sig om. Detta för att sedan kunna skraddarsy och planera vården personligt/patient.

”Att jag får vara delaktig själv och att jag blir hörd!”

God vård anser de intervjuade också vara tillgång till bra och fungerande mediciner (om även dyrare tabletter från nyår i år, som negativt), gratis vårdmaterial och blodsockermätare. Att apotekets information är saklig och rätt.

”Rätt och duglig behandling”

Regelbundna kontroller upplevs av många som viktigt och som en trygghet.

”Att man bryr sig om mig och mina kontroller”

6.2 Livskvalitet

De flesta ansåg att livskvalitet var att kunna leva normalt – som andra, trots diabetes! Frihet, att inte behöva vara begränsad av sin sjukdom. Att uppleva hälsa, trots sjukdom. Att få må bra och kunna vara aktiv, med meningsfull sysselsättning och intressen samt att ha socialt umgänge. Anhöriga och djur kan vara av betydande faktorer för upplevd livskvalitet. Att ha livsinnehåll och kunna göra det man vill, är andra faktorer. Trygghet viktigt för någon.

”Att fylla livet med betydelsefulla saker och händelser och inte låta det rinna iväg!”

”Att kunna göra det jag vill, att ej vara begränsad av sin sjukdom!”

”Jag klyver och bär in ved och grejar runt stugan, skottar snö och åker till byss och handlar!”

Att få må bra och att ha både vilja samt förmåga att kunna röra på sig. Att man inte tar diabetes för hårt, men ändå lever sunt. Ekonomiska förutsättningar. Att resa. De flesta upplever ingen sämre livskvalitet, trots diabetes. En upplevde sämre livskvalitet i och med att man måste sköta sig med maten och i och med magbesvär av medicineringen. Andra kunde uppleva livskvalitet just i och med att man sköter sig med kosten och motionen. Samt att kunna röra på sig, upplevdes som viktigt.

”Att leva sunt och motionera. Det är livskvalitet! Att man inte är begränsad av sin sjukdom”

”Att jag kan leva ett någorlunda normalt liv och inte hela tiden behöva känna att jag har krav på mig!”

”Att man inte tar diabetes för hårt! Man måste göra vad man tycker, men ändå följa det man ska följa, när man har diabetes!”

6.3 Vårdplan

De flesta hade fått vårdplan uppgjord för ett år sedan eller mindre och de upplevde att vårdplanen tog lagom tid eller inte för länge, att göra.

”Det behövde ta den tid det tog!”

Alla hade fått en skriftlig vårdplan med hem. De flesta tyckte att de fick aktivt delta vid vårdplaneringen men de hade inte fått någon förhandsblankett hem, före uppgörandet av vårdplan. En del tyckte att det skulle ha varit bra att ha fått fundera på frågorna i förväg hemma innan, någon annan tyckte att det skulle ha varit onödigt.

De flesta upplevde uppgörande av vårdplan som något positivt. Att sätta ner gemensamma mål till pappers med konkreta och uppnåeliga mål, för att sedan kunna sträva efter dessa i egenvården. Det ansågs bra med mål, som inspirationskälla att sköta sig. Det ansågs öka motivationen.

”Nog en fördel både för mig själv och för den som sköter mig. För vi har ju gemensamma mål. Nedskrivna och konkreta, sådana som är möjliga att uppfylla och sträva till!”

”Jag fick själv tycka och tänka. Vi diskuterade vad man ska göra och diskutera runt frågorna om motion, mat och mediciner. Vårdplanen gjordes tillsammans med diabetesskötaren. Det var bra”

”Jag har själv haft diabetes så länge och jag har fått så mycket råd och vägledning på vägen, så vårdplan gav inte så stort mervärde eller gav inte så mycket till!”

Vårdplanen bra stöd. Någon upplevde inte att vårdplanen gav något nytt utan att det var saker man redan tidigare gått igenom och sagt, ”upprepning” på tidigare tema. Vårdplanen ingen Aha upplevelse eller något revolutionerande för någon. Någon annan menade att det beror

på en själv hur aktiv man är. En del tyckte inte att något blivit bättre jämfört med före uppgörande av vårdplan och orsaken var för en del att de upplevde tillräckligt god vård redan innan. De flesta ansåg att vårdplan inte skulle minska upprepningar i vården.

” Fel om vårdplan innebär mindre kontroller – då går det åt fel håll!”.

De flesta uppgav att de gick på regelbundna kontroller 1-2ggr/år eller med 3 - 4 månaders mellanrum. Någon gick 1gång/år. Det framkom att kontroller skapar trygghet och upplevs som bra och ger tidsperspektiv i och med att de är planerade och regelbundna. De flesta tror inte att behovet av läkarbesök minskar i och med uppgörande av vårdplan. Medan en del tror att behovet kan minska, några var osäkra. Många anser att det är bra att få gå på läkarkontroll 1 gång/år. Framtiden oviss, i hur det blir i och med kommande vårdreform. En viss otrygghet kunde skönjas, bland en del patienter på grund av detta.

De flesta anser att vårdplanen har bidragit till bättre livskvalitet, en del ej. Vissa var osäkra. De flesta hade fått vårdplan uppgjord för 1 år sedan eller mindre, så svaren inte fullständiga på frågan hur ofta vårdplanen uppföljts i och med lite olika om och när de varit på kontroll efteråt.

”Kontinuerlig uppföljning nödvändig, annars stämmer ju inte vårdplanen!”

Vårdplanen gav ett bra uppvaknande, en påminnelse. Många sade att de var aktiva i början av diabetesdebuten med egenvården men senare slöar till. Bra att igen omsätta infon i praktiken och följa upp sig själv.

”Positivt! En tankeställare. Annars kör man bara på som vanligt”

6.4 Egenvård

Egenvården diskuterades vid uppgörande av vårdplan. Egenvården spelar en central roll i diabetesvården. De flesta upplevde att vårdplanen kan hjälpa hen i egenvården genom att den ger en, en insikt om att sköta sig och man tar det mera på allvar. Att den konkretiserar målsättningen med just min diabetesvård – egenvård. De flesta ansåg att deras åsikter och eventuella bekymmer beaktades vid uppgörande av vårdplan och togs på allvar, vilket bidragit till skärpning i egenvården i och med ändrade vanor.

”Det viktigaste är ju att få det omsatt i praktiken!”

”Ja hjälp i egenvården. Nyttigt. Man försöker leva på ett annat sätt. Tar vara på allt!”

”Nå ja, nog var jag aktiv i början. Man tog det mera på allvar först. Nu har man haft det så länge. Men nog kollar jag upp, vad jag stoppar i mig. Inte äter jag godis mera, så nog har det blivit bättre!”

”Det är klart. Bara man ska sköta sig till punkt och pricka. Inte vill det bli så, utan det blir att man slarvar!”

”Ja man får insikten att man ska försöka följa den (läs här: vårdplan) – att man tar det på mera allvar, att man följer den – var man ligger och var man ska förbättra. Inget negativt!”

7. Diskussion

Syftet med denna studie var att beskriva de erfarenheter som diabetiker erhållit genom att få en individuell vårdplan uppgjord och om de upplevt att denna bidragit till bättre livskvalitet och god vård. Resultatet i undersökningen svarade mot syftet i och med att **de flesta ansåg att vårdplanen har bidragit till bättre livskvalitet, en del dock ej. Vissa var osäkra.** Olika erfarenheter som diabetikerna erhållit genom att få individuell vårdplan uppgjord har också kommit fram i intervjuerna, vilket samtidigt gett svar på frågeställningen: Vilka erfarenheter har diabetikerna av att få en vårdplan uppgjord? Som kritik kan nämnas att de intervjuade ibland inte längre mindes detaljer i uppgörande av vårdplan, om det gått längre tid sedan den gjorts, medan de som nyligen fått den gjort inte hade erfarenhet av uppföljning av den samma.

Intervjuerna kunde också ha haft en annan frågeställning, flera följdfrågor i stil med ”varför känner du så?” eller ”utveckla gärna ditt svar!” kunde ha varit en bra metod för att få mera material per fråga. En mera erfaren intervjuare kunde ha haft mod att låta det ta tid mellan frågorna för att lämna tid för eftertanke och kanske för att få ytterligare kommentarer på frågorna.

7.1 Metoddiskussion

Eftersom intervjuerna gjordes som telefonintervju, kunde man eventuellt också ha gjort en enkätundersökning med motsvarande frågor istället. Att välja just intervju som metod framom enkät gjorde dock att svaren blev mera färgade och trovärdiga. Fördel med val av kvalitativ innehållsanalys är att det är en kreativ process, som är användbar då datamaterialet är stort och omfångsrikt. Problemet är däremot att det är tidskrävande och att kodningen splittrar med risk att sammanhanget tappas bort (Denscombe, 2012, 268). Det kräver också tankearbete på flera abstraktionsnivåer samtidigt, vilket kan medföra en risk för att ”pressa in” materialet i de kategorier som finns (Graneheim et al, 2004, 110 - 111).

Intervju som metod har som fördel att kunna ge ett detaljerat informations djup samt värdefulla insikter för forskaren. Intervjuer kräver en enkel utrustning och avtalas på förhand, vilket garanterar en relativt hög svarsfrekvens (Denscombe 2012, 268). Nackdelar med intervju som metod är själva tillförlitligheten. Det är svårt att uppnå konsistens och objektivitet. Data från intervjuerna grundar sig på, vad de intervjuade säger och inte på vad de gör. Uttryck och handling stämmer inte alltid överens. De intervjuade kan påverkas av forskarens identitet och svara mera som de tror att forskaren vill höra (Denscombe 2012, 268 – 269). Diabetiker kan vilja försköna ”verkligheten” inför vårdpersonal /diabetesskötare – här: den som intervjuar.

7.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen speglas valda delar ur resultatet mot Dorothea Orems begrepp om egenvård. Orems egenvårdsteori bygger på att stödja patientens egenvård när livssituationen förändras, för att främja normal funktion, hälsa och välbefinnande. Egenvård är en praktisk åtgärd som en person utför för att ta hand om sig själv. Det är en regelbunden uppgift som individen själv måste genomföra och den påverkas bland annat av familj, kultur och samhälle. Detta speglar intervjuresultatet i examensarbetet genom att de flesta upplevde att vårdplanen kan hjälpa hen i egenvården genom att den ger en, en insikt om att sköta sig och man tar det mera på allvar. Att den konkretiserar målsättningen med just ifrågavarandes diabetesvård – egenvård, genom att målen skrivs ner och förtydligas med tydliga mål i siffror och/eller text. De flesta ansåg att deras åsikter och eventuella bekymmer beaktades vid uppgörande av vårdplan och togs på allvar, vilket bidragit till skärpning i egenvården i och med ändrade vanor.

God vård vid diabetes förutsätter att diabetikern själv har tillräckligt med kunskap om diabetes och diabetesvårdens påverkande faktorer. Enbart kunskap räcker dock inte, utan kunskapen behöver också kunna omsättas i praktiken, i vardagen. Ett gott samarbete mellan diabetikern, läkaren och diabetesskötaren är viktig. Diabetiker är experter på sin egenvård i sin vardag, medan läkare och skötare känner till vårdens grunder och alternativ och de har erfarenhet av vården. God diabetesvård är ett gemensamt arbetsfält där var och en tar ansvar för sin del så att vården lyckas. För att orka sköta sig och vården ska lyckas, hjälper både familjens och anhörigas stöd samt en personlig planerad vård (Ilanne-Parikka, 2015, 41). Detta överensstämmer med Orem's teori om att sjuksköterskans uppgift är att stöda och undervisa patienten i dess egenvård. Om denne skulle vara för sjuk för att utföra egenvård så tar sjuksköterskan över alla uppgifter. Hjälpen ska ges med hänsyn till patientens livssituation och personlighet. Det är viktigt att man skapar en trivsamt och motiverande miljö, så att patienten ska uppnå sina mål. (Alligood, 2014, 240 - 241)

Egenvården delas enligt Orem in i en värderingsfas, en planeringsfas samt en genomförandefas och dessa tre tillsammans bildar ett målinriktat handlingsförlopp (Kirkevold, 2000, 149 – 150). Här kommer vårdplaneringen för diabetespatienten in i planeringsfasen, vilken grundar sig på en värderingsfas och sedan utmynnar i en genomförande fas.

En människa kan uppnå välbefinnande genom egenvård. Individen själv har ett stort ansvar för att utveckla goda vanor och på så sätt främja hälsa. Livskvalitet är personligt och det är bara diabetikern själv som kan säga vad som är ett bra liv för just honom eller henne. Många som får diagnosen diabetes tror att livskvaliteten kommer att försämrats (Alvarsson, et.al. 2010, 107). Begreppet välbefinnande hänger samman med individens egen upplevelse av sin livssituation. Välbefinnande kan finnas trots sjukdom, egenvård genom goda vanor som främjar hälsa. En människa kan mycket väl uppleva välbefinnande trots motgångar, sjukdom och sviktande funktionsförmåga. Välbefinnande definieras av Orem mer explicit som ett tillstånd som karaktäriseras av; upplevelse av tillfredsställelse, harmoni och glädjeämnen, av andliga upplevelser, samt av utveckling mot uppfyllandet av egna ideal och en bestående personlighet (Orem, 2001,186)

De flesta ansåg att livskvalitet var att kunna leva normalt – som andra! Frihet, att inte behöva vara begränsad av sin sjukdom. Att uppleva hälsa, trots sjukdom. Att få må bra och kunna vara aktiv med meningsfull sysselsättning och intressen samt ha socialt umgänge, anhöriga och djur.

Att ha livsinnehåll och kunna göra det man vill. Att få må bra och ha vilja samt förmåga att kunna röra på sig. Att man inte tar diabetes för hårt, men ändå lever sunt. Ekonomiska förutsättningar. Att resa. De flesta upplever ingen sämre livskvalitet, trots diabetes. En upplevde sämre livskvalitet i och med att man måste sköta sig med maten. Andra igen kunde uppleva livskvalitet, just i och med att man måste sköta sig med kosten och motionen, att kunna röra på sig.

Patientundervisning grundar sig på vårdplan, som görs vid sjukdomsdebuten och uppdateras enligt behov vid varje mottagningsbesök. Vårdplan görs för att stöda planeringen, förverkligandet och utvärderingen av egenvården. Planens uppgift är att stöda god vård, att vara lyhörd för patientens individuella behov och förstå helheten i vården. Planen görs tillsammans med patienten, med hens behov och resurser som grund. Det att patienten själv är med vid planeringen, förankrar patienten till att aktivt delta till målens förverkligande. En vårdplan är ett bra arbetsredskap i diabetesvården både för vårdpersonal och också diabetikern själv. En vårdplan samlar in och komprimerar vårdens innehåll, utförande och uppföljning. Speciellt för mångsjuka och äldre är det viktigt att ha en skriftlig plan på vårdens förverkligande och olika serviceproducenters roll.

Vårdplaner behövs för att patientens behov är så mycket mera än bara deras medicinska behov. Att göra upp en individuell vårdplan kan erbjuda fördelar både för patienten själv och för hälso- och sjukvårdspersonal samt för organisationen de arbetar i (Howatson-Jones, Standing & Roberts 2012, 65). Det är ett verktyg som underhålls gemensamt av hälso- och sjukvårdspersonalen för att främja och upprätthålla patientens hälsa och välbefinnande (Kanta.fi, del 4, 7). Enligt tidigare studie, om uppgjord vård och omsorgsplan som gjorts i samverkan, upplever patient, anhöriga samt vårdpersonal uppgjord vårdplan som positivt. (Sundström, Blomqvist, Petersson, Rönngård & Varland 2013, 33)2

Diabetesteam kan använda vårdplaner för att hjälpa diabetiker att känna sig mera motiverade till egenvård. En vårdplan borde bli ett högt kvalitativt sätt att involvera diabetikern i sin egenvård och förbättra sin hälsa och livskvalitet. Egenvårdsprocessen enligt Orem, kan indelas i 2 faser: Fas 1 som omfattar den psykologiska aktivitet och bedömning som föregår och leder fram till ett beslut om vad som behöver göras för att ett bestämt syfte eller mål ska uppnås. Personen bedömer situationen och tar initiativ till att utföra bestämda handlingar. Fas 2 omfattar de efterföljande handlingarna. Innehållet i egenvårdshandlingarna är knutet till det aktuella egenvårdsbehovet (målet) (Jahren Kristoffersen 2006, 40).

7.3 Slutledning

Jag har ur intervjuresultaten sammanställt en modell utgående från arbetets syfte som jag kallar: ”The holy three” för diabetikers hälsa och vårdmål. Se vänligen bilaga 4. Modellen utgår från en triangel (därav namnet) som i triangelns mitt består av Vårdplan, som kärnan i detta examensarbete. Vårdplan för diabetespatienten utgående från generell vårdplan, gängse vård (Käypä hoito) rekommendationer som baseras på de vårdriktlinjer som satts upp för just diabetespatienter. Gängse vårdrekommendationer enligt den grupp diabetesspecialister som uppgjort vårddirektiven. Vårdplanen stöds av institutet för hälsa och välfärd (THL) i Finland samt lagen om patientens rättigheter. Gängse vårdrekommendationerna står sedan som grund, till vidareutvecklad individuell vårdplan för diabetikern, som står i centrum. Vårdplanen är omgiven av 3 ben: God vård, Egen vård och Livskvalitet som bärande punkter. En individuell vårdplan görs upp för att patienten med hjälp av patientundervisning samt stöd i egenvården (hjälp till självhjälp) ska kunna få bästa möjliga ut av vården/god vård, av yrkeskunnig personal(vårdteam), för att skjuta fram eventuella komplikationer på framtiden och uppnå så god livskvalitet och välbefinnande som möjligt, för att kunna må bra och kunna leva normalt.

Diabetesvårdens mål är ett bra liv. Hälsa är för människan en viktig del av ett bra liv och det hjälper åtminstone ofta till att uppnå det egna livets mål och mening. När man lägger upp mål för diabetesvården är det alltid viktigt att ta varje individs resurser och livssituation i beaktande individuellt (Ilanne-Parikka, 2015, 44)

Det har varit intressant att under examensarbetets gång, fördjupa sig i uppgörandet av vårdplaner för diabetespatienter, liksom också att, under patientintervjuerna få ta del av diabetikers tankar och erfarenheter på annan ort, gällande diabetesvård, vårdplan, livskvalitet och god vård. Patienternas tankar, funderingar, problem och glädjeämnen tycks vara liknande – oberoende av boningskommun. Regelbundna kontroller skapar en trygghet.

En elektronisk vårdplan på den egna arbetsplatsen har genomförts. Jag har på basen av detta arbete via patientintervjuerna kunnat konstatera att patienterna (som vi gör vårdplanen för) upplever vårdplan som något positivt och övertygats genom djupare litteraturstudier om betydelsen av att man gör upp en vårdplan. Detta för att bättre kunna motivera diabetikerna i deras egenvård.Handledning och god kommunikation för att uppnå god egenvård hos diabetespatienten!

Fokus i detta examensarbete har varit **patientens förmåga att utföra egenvård** och mindre målet med sjukskötarens omvårdnad, som bör vara att främja patientens förmåga till egenvård. Varför just detta kunde vara ett upplägg till ämne för ett nytt examensarbete inom samma område, dvs. sjukskötarens uppgift att undervisa och handleda diabetespatienten i egenvård. Ny ämnesrubrik kunde t.ex. lyda: Handledning och god kommunikation för att uppnå god egenvård hos diabetespatienten!

Generellt anses egenvård vara ett viktigt delmål när det gäller hälsa. Egenvård kan också betraktas som hälsans beteendemässiga aspekt, eftersom egenvård omfattar handlingar och handlingsmönster som enligt Orem är själva förutsättningen för att upprätthålla eller återvinna hälsa (Jahren Kristoffersen 2006, 41). I och med detta, att egenvård är ett delmål till hälsa, kan ett annat forskningsämne i fortsättningen vara, kopplingen egenvård – hälsa! Dokumentation i vården, t.ex. angående gemensam vårdplan eller också allmän dokumentering gällande individuell patientjournal, vore ytterligare, ett annat intressant ämne att bygga vidare på.

God vård kan ge välbefinnande på både det psykiska och fysiska planet. God vård kan locka fram glädjen i att vara i livet. God vård är inte lönsamt för bara diabetikern själv och hans livskvalitet, utan medför också samhällsekonomisk vinst, om diabeteskomplikationer eller diabetesrelaterade sjukdomar kan förhindras eller senareläggas.

Källförteckning

Agardh, C-D., Berne, C. & Östman, J., 2002. *Diabetes*

Ahrne, G. & Svensson, P.(red), 2016. *Handbok i kvalitativa metoder*

Alligood, M. R., 2014. *Nursing Theorists and Their Work*

Alvesson, M., 2011. *Intervjuer: genomförande, tolkning och reflexivitet*

Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., Östenson, C-G., 2010. *Diabetes*

Aujoulat,I., 2007. *Patient empowerment in theory and practice*. Pubmed

Bryman A 2008. *Samhällsvetenskapliga metoder*

Daphne L. Jansen, M., Heijmans & Mieke R., 2015. Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33: 100–106 [Hämtat 07.05.2017]

Denscombe, M. 2012. *Forkningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I., 2013. *NYA VIPPS-BOKEN Välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*

Ehrenberg, A. & Wallin, L. 2014 *Omvårdnadens grunder/Ansvar och utveckling*

Folkpensionsanstalten, u.å.

Forskningsetiska delegationen, 2014.

<http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxisanvisningar/god-vetenskaplig-praxis>, u.å.

Graneheim, U.H. & Lundman, B., 2004. *Nurse Education Today, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*

Hall, B. 2009. *Developing and using care plans in type 2 diabetes*. Practice Nurse, 09536612, 5/22, Vol. 37, Issue 10

- Hedin, A., 2011. *En liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju*
- Henricson, M.(red)2015. *Vetenskaplig Teori och metod/Från idé till examination inom omvårdnad*
- Howatson-Jones, L., Standing, M. & Roberts, S., 2012. *Patient Assessment and Care Planning in Nursing*
- Ilanne-Parikka, P., Rönnermaa, T., Saha, M-T., Sane, T.(red), 2015. *Diabetes*
- Institutet för hälsa och välfärd (<https://www.thl.fi/sv/web/folksjukdomar/diabetes>), u.å.[Hämtat 03.09.2017]
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt F. & Skaug E-A., 2005. *GRUNDLÄGGANDE OMVÅRDNAD DEL 1*
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A., 2006. *GRUNDLÄGGANDE OMVÅRDNAD DEL 4*
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Leksell, J., Källström Karlsson, I., 2016. *Praktiska grunder för omvårdnad*
- Jeppsson Grassman, E., Antonson, S., Stål, R., Svedberg, L., 2003. *Att drabbas och att forma sitt liv*
- Kamp Nielsen, B(red) 2010. *Specifik omvårdnad*
- Kanta.fi.webskolan om patientdataarkiv. Del 3/ Strukturerad dokumentering, Del 4/ Utarbetning av journalhandlingar, u.å.
- Kirkewold, M., 2000. *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*
- Kneck,Å, 2015. Karolinska Institutet, *Living with diabetes-a lifelong learning process*
- Kontakt för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, u.å.
- Koski, S., 2010 *Diabetesbarometri*. Diabetesliitto
- Käypä hoito – työryhmä Diabetes. Diabeetikon hoidonohjauksen järjestäminen, toteutus ja sisältö. Lisätietoa aiheesta 26.1.2016

- Mc Cracken, G., 1988. *The long interview. Qualitative Research Methods 13*
- Mustajoki, P., *Tyypin 2 diabeteksen hoito*, Lääkekirja Duodecim 19.4.2016
- Mustajoki, P. *Diabetes ("Sokeritauti")*, Lääkärikirja Duodecim 8.3.2017
- Om diabetes*, u.å., Diabetesförbundet i Finland, [https:// www.diabetes.fi/sv](https://www.diabetes.fi/sv) (hämtat 16.9.2017)
- Orem, D., 2001. *Nursing: concepts of practice*
- Renpenning, K.M. & Taylor, S.G. 2003. *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*
- Richt, B. & Tegern, G., 2005. *Sjukdomsvärldar, Om människors erfarenheter av kroppslig ohälsa*
- Scott, C., 2013. Care Planning - Supporting self-management in diabetes care. Practice Nurse, 09536612, 10/18, Vol. 43, Issue 10
- Skafjeld, A., 2006. *Diabetes*
- Skafjeld, A. & Graue, M., 2013. *Diabetes*
- Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä, 2016. Duodecim / Käypä hoito Diabetes
- Sundström, M., Blomqvist, K., Petersson, P., Rönngård, M & Varland, L., 2013. *Inte samma mall för alla – Om vård- och omsorgsplanering i samverkan*. Kristianstad högskola
- Terveysthuoltolaki 30.12.2010/1326
- Varland, L. & Björkqvist, K., 2014. *Vård- och omsorgsplanering i samverkan - Ett närståendeperspektiv*. Kristianstad: Examensarbete för specialistsjukskötarutbildning. Kristianstad Högskola, Vård av äldre på avancerad nivå med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan.
- Wikblad, K., (red) 2012. *Omvårdnad vid diabetes*

Bilaga1 Tillståndsansökan

Ansökan om tillstånd att få utföra patientintervjuer

Till ledande skötare vid HVC

Anhållan om tillstånd att utföra en telefonintervjustudie med ca 10 diabetespatienter som vårdplan gjorts på, vid HVC.

Anhållan gäller utförande av examensarbete inom flerformsstudier för sjukskötarutbildningen YH vid Yrkeshögskolan Novia, av studerande Susanne Söderback.

Syftet med examensarbetet är att få svar på hur diabetespatienter upplevt (för- och nackdelar) med uppgörande av vårdplan.

Genomförandet av telefonintervjuerna är beräknade att ske under våren 2017 och själva examensarbetet vara klart hösten 2017.

Med resultatet hoppas jag kunna bidra med ökad kunskap om diabetikers upplevelser om vårdplanering. Om denna t.ex. bidragit till mervärde i vården.

Susanne Söderback

Diabetesskötare/xxxx HVC

XXXXXXXXXXXX X

XXXXX XXXXXXX

Susanne.soderback@narpes.fi

Tel: xxxxxxxx (arbete), xxxxxxxx (egen)

Anhållan godkänns

den / 20

Ledande skötare

INTRODUKTIONSBRÄV

Syftet med denna studie är att beskriva de erfarenheter som diabetiker erhållit genom att få en individuell vårdplan uppgjord och om de upplevt att denna bidragit till bättre livskvalitet och god vård.

Uppgifterna i svaren kommer att användas till mitt examensarbete om vårdplan för diabetespatienten (Thesis). Jag studerar vid Yrkeshögskolan Novia, sjukskötarutbildningen YH.

Intervjun kommer att ta ca 15 - 20 minuter i anspråk. Intervjuerna kommer att ske endera som individuell intervju eller som telefonintervju under våren 2017 (om möjligt vecka 10)

Svaren kommer att behandlas konfidentiellt

Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan närmare förklaring

Jag ber vänligen att ni tar Er tid till att ställa upp på denna intervju! Det skulle vara mycket värdefullt!

Vänligen

Susanne Söderback

Tel XXXXX

Kontakta mig vid behov för ytterligare information

Exempel på intervjufrågor

1. Kön

2. Ålder

3. Typ av diabetiker

- Typ 1

- Typ 2

- Annan typ av diabetes

4. Diabetesduration. Hur länge har du haft diabetes? Alt.

- I vilken ålder fick du diabetes?

5. Typ av diabetesbehandling?

- Diet

- Tablett

- Insulin

- Kombinationsbehandling eller Annan

6. Vad betyder god vård för Dig?

7. Vad betyder livskvalitet för Dig som diabetiker?

8. Om vårdplan gjorts;

- fick du aktivt själv delta och påverka vid vårdplaneringen?

9. Fick du förhandsblankett att fylla i, före vårdplanens uppgörande?

10. När gjordes vårdplanen? För hur länge sedan?

11. Tidsanspråk: Hur lång tid tog vårdplaneringen att göra?

- Lagom?

- För kort/för lång?

12. Fick du skriftlig vårdplan med hem?

13. Vad anser du om att Du fick vårdplan uppgjord?

- Positivt/Negativt?
- Fördelar/ Nackdelar?
- Åsikter?

(Lyssnade man på vad Du hade att säga? Togs dina åsikter på allvar? /Beaktades dina åsikter?/ Behandlas saker som bekymrar Dig på en och samma gång?/Kan du försäkra Dig om att alla saker som är viktiga för Dig, har behandlats?)

- Gav vårdplaneringen mera kunskap/mervärde/klarhet i att förverkliga egenvården?
- Kan vårdplanen hjälpa Dig i egenvården och ge råd om tjänster som kan stöda Dig?

14. Tror du vårdplanen minskar på upprepningar i vården och onödiga besök?

- Har behovet av läkarkontroll minskat?

15. Har vårdplanen bidragit till bättre livskvalitet?

- Har vårdplanen kunnat bidra till att du med egenvård kan påverka ditt välbefinnande
- Har något ändrats i din diabetesvård?
- Har något ändrats i välbefinnande/livskvalitet efter vårdplan jämfört med före?
- I så fall vad?
- Om inte, fick du tillräckligt god vård redan innan?
- eller är orsaken att du redan hade gott välbefinnande?
- eller något annat?

16. Hur ofta har vårdplanen uppföljts?

17. Har du frågor eller något mera att säga/tillägga?

TACK FÖR DITT DELTAGANDE

Bilaga 4 "The holy three" för diabetikers hälsa och vårdmål

