



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Diabetespatienters upplevelser av information på en diabetesmottagning

Författare: Jennie Carlsson
Sofie Nilsson

Handledare: Christina Friberg

Kandidatuppsats

November 2003

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Diabetespatienters upplevelser av information på en diabetesmottagning

Författare: Jennie Carlsson
Sofie Nilsson

Handledare: Christina Friberg

Kandidatuppsats

November 2003

Abstrakt

Att en patient är välinformerad om sin sjukdom är viktigt för att kunna följa de råd som ges om livsföring. Diabetes är en sjukdom som drabbar många. Syftet med studien var att undersöka diabetespatienters upplevelser av den information som de fått på en diabetesmottagning i södra Sverige. Studien utfördes med en kvantitativ ansats. Patienternas upplevelser mättes med hjälp av frågeformuläret Kvalitet Ur Patientens Perspektiv, KUPP. Totalt besvarades 52 frågeformulär av patienter med diabetes över 18 år. Materialet analyserades i statistikprogrammet Epi-info 2002. Resultatet visade att patienterna i stort var nöjda med den information som de fått på mottagningen. De ansåg att det var mest angeläget att få information om egenvård, men endast drygt hälften tänkte följa de råd och anvisningar de fått. När det gällde information om ansvarig personal var en del patienter missnöjda. De upplevde sig särskilt nöjda med personalens positiva, vänliga och respektfulla bemötande och engagemang. Patienterna önskade att läkarna på mottagningen visade mer medkänsla och intresse för deras livssituation.

Nyckelord

Bemötande, delaktighet, diabetespatienter, information, tillgänglighet, upplevelser.

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Bakgrund	4
Syfte	6
Metod	7
Urval	7
Instrument	7
Genomförande	8
Analys/Bearbetning	9
Etisk avvägning	9
Resultat	10
Deskription	10
Information	11
Läkare	12
Sjuksköterskor och undersköterskor	13
Delaktighet	14
Följa råd och anvisningar	15
Mottagningens tillgänglighet	16
Patienternas egna kommentarer	17
<i>Det här var jag särskilt nöjd med</i>	17
<i>Förslag till förbättringar</i>	18
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
<i>Deskription</i>	20
<i>Information - Följa råd och anvisningar</i>	20
<i>Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor</i>	21
<i>Delaktighet</i>	22
<i>Mottagningens tillgänglighet</i>	23
Referenser	26
<i>Bilaga 1 Frågeformulär KUPP</i>	
<i>Bilaga 2 Informationsbrev till patienter</i>	
<i>Bilaga 3 Informationsbrev till verksamhetschef</i>	
<i>Bilaga 4 Informationsbrev till avdelningsföreståndare</i>	

Introduktion

Att patienter med diabetes är välinformerade om sin sjukdom är viktigt för att kunna följa de råd som ges om livsföring. Välinformerade patienter med diabetes löper mindre risk att drabbas av kortsiktiga och långsiktiga komplikationer såsom till exempel ketoacidosis och synstörningar (Socialstyrelsen, 1999).

Forskning visar (McIntosh & Shaw, 2003; Raupach & Hiller, 2002) att patienter, framförallt patienter som är yngre än 50 år, tenderade att söka information på annat håll än från sjukvården till exempel Internet, tv, tidningar och genom olika organisationer. Denna information är ofta inte vetenskapligt beprövad och kan leda till onödiga och höga förväntningar hos patienten. Det är även känt att denna typ av information ger låg tillfredsställelse hos patienter jämfört med information från sjukvården som ger hög tillfredsställelse.

I en australiensisk studie (Beeney, Bakry & Dunn, 1996) framkom att den information vårdpersonal trodde att patienter med diabetes ville ha ofta inte stämde överens med patienternas önskemål om information. Personal tenderade att överskatta diabetespatienters oro för komplikationer medan patienter upplevde insulininjektionerna som det största problemet. I samma studie visade det sig att behovet av känslomässigt stöd och information varierade hos olika patienter, att det var viktigt att erbjuda olika möjligheter i behandlingen och att göra patienten delaktig i sin behandling.

Studier visar (Bourhis, Roth & MacQueen, 1989; Glenton, 2002) att det är angeläget att information som ges till patienter är lätt att förstå och att det är av stor vikt att språket anpassas till patientens nivå. En engelsk studie (Boulton, 1995) visar att med hjälp av rätt information till patienter med diabetes kunde antalet fotamputationer halveras och många andra komplikationer undvikas. Detta leder till minskat lidande för patienter och minskade kostnader för sjukvården. Fotkomplikationer kostar sjukvården varje år cirka 2 miljarder kronor (Apelqvist, 2003). Patienter med både microvaskulära och macrovaskulära komplikationer kostade sjukvården upp till 250 procent mer än patienter utan dessa komplikationer (Williams, Van Gaal & Lucioni, 2002).

Bakgrund

Diabetes är en sjukdom som drabbar många, år 2000 insjuknade cirka 14 600 personer i någon form av diabetes, av dessa var 54 procent män och 46 procent kvinnor. Totalt har cirka 3 procent av Sveriges befolkning diabetes (Socialstyrelsen, 2002). Uppskattningsvis kostar diabetesvården i Sverige 11 miljarder kronor per år, det innebär att varje individ med diabetes kostar 66 000 kronor per år (Apelqvist, 2003). Sjukdomen och dess behandling påverkar människans livsstil på många olika sätt. Kost och motion är viktiga delar i behandlingen förutom läkemedel och självkontroller. Behandlingen syftar till att hålla blodsockernivån nära den normala och så stabil som möjligt. Höga blodsockerhalter i blodet är skadligt för kroppen både direkt och i längden. Komplikationer som kan uppstå snabbt till följd av högt blodsocker är till exempel oral och genital svampinfektion, illamående och lätt blödande tandkött. Senare komplikationer kan bli hjärt- kärlförändringar och nervskador som i sin tur kan leda till njurskador, fotsår och amputation. För att behandlingen ska bli effektiv är det betydelsefullt att patienten förstår vikten av rätt kost och motion och hur det påverkar deras kropp. Det har forskats mycket om diabetes, dess komplikationer och om hur patienten själv kan förebygga dessa. Sjukvårdens uppgift blir att förmedla denna kunskap i syfte att minska komplikationer och lidande för patienten (Socialstyrelsen, 1999).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Kraven på hälso- och sjukvården är bland annat att tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, detta är inte möjligt om patienten inte är välinformerad. Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa och när det är lämpligt ge upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Sjukdomen diabetes ställer krav på patienten genom förväntningar och förpliktelser både från patienten själv och från sjukvården. Carnevali och Thomas (1993) menar att en persons livskvalitet är beroende av balansen mellan det dagliga livets krav och de inre och yttre resurser som finns tillgängliga för att tillgodose dessa krav. För att skapa balans mellan krav och resurser måste patientens resurser förstärkas genom att förmedla kunskap och motivation till patienten och dennes närstående.

Kommunikationen mellan patienter och sjukvårdspersonal är viktig för att patienter ska kunna tillgodogöra sig kunskap på bästa sätt. Enligt Granér (1991) finns det tre sätt att överföra information på; rak, korsad och dold. En rak överföring mellan två vuxna är den mest effektiva och den karakteriseras av logik, saklig information, koncentration och psykisk närvaro. Korsad överföring innebär att kommunikationen är som mellan en förälder och ett barn, dold överföring betyder att en person säger en sak men visar en annan med sitt kroppsspråk. Barbro Gustafsson (1992) har tagit fram en modell för bekräftande kommunikation, SAUK-modellen (Sympati, Accepterande dialog, kunskap om Upplevelsemässig innebörd, Kompetens). Hon menar att bekräftande kommunikation är värdefull för patienters värdering av sig själva och för minskning av deras sårbarhet. Det påverkar även patienters tillit, vilja att lyssna och följa de råd som ges. Hennes modell bygger på fyra faser som alla är steg i bekräftelse av patienter och syftar till att bevara och befrämja patienters förmågor att förverkliga sin livsplan i aktuell livsmiljö.

Studier visar (Frederikson & Bull, 1995; Glenton, 2002) att bristande kunskaper i kommunikation hos sjukvårdspersonal medför att information inte kommer fram till patienter på bästa sätt. Tidsbrist och bristande kommunikation sjukvårdspersonal emellan upplevs av patienter som ett hinder för att få individuell kunskap och information. På grund av detta vet inte patienter vilka frågor de kan ställa till vem och vågar därför inte ställa dem till någon av rädsla för negativa sanktioner. Bowles, Mackintosh och Torn (2001) har funnit att sjuksköterskor undvek att emotionellt engagera sig i patienter för att inte utsätta sig själva för skadlig stress. Patienters oro förnekas då och fokus läggs på det minst stressande i samtalet istället för på det som bekymrar patienter mest. De föreslår därför en kommunikationsmodell där fokus läggs på lösningar istället för på problem där sjuksköterskor kan använda sig av positiv feedback och erkännande i konversationen med patienter. Resultatet visade att denna kommunikationsmodell gav flera vinster i vården förutom att kommunikationen blev mer tidseffektiv så ökade patienters deltagande i deras vård liksom patientansvaret. Patientansvar är något som även Frederikson och Bull (1995) poängterar. I deras studie (1995) delades ett informationsblad ut till patienter om hur dessa på bästa sätt kunde förbereda sig inför ett läkarbesök.

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) syftar omvårdnad bland annat till att stärka hälsa, förebygga ohälsa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov samt att minska lidande. Eftersom

sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden av patienter är det viktigt för henne att arbeta för att uppfylla detta bland annat genom information. Informationen till patienter med diabetes bör innehålla vad diagnosen innebär, vårdens organisation på området, tillgänglig vård, vårdens kvalitetskontroll, gemensamma mål för vårdteamet och patienten samt hur man får kontakt med diabetesorganisationer (Socialstyrelsen, 1999). Antonovsky (1987) menar att hälsa upplevs om känslan av sammanhang är stor. För att uppleva känslan av sammanhang krävs att den information som ges till patienter är tydlig och lätt att förstå, då kan överraskande och oförutsedda händelser lättare hanteras. Det är av stor betydelse för upplevelse av hälsa att patienter känner att livet har en känslomässig och meningsfull innebörd. Precis som Carnevali och Thomas (1993) menar även Antonovsky (1987) att det är viktigt att det finns resurser till patienters förfogande när kraven blir för stora, detta i form av bland annat närstående och vårdpersonal.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24) är det varje enskild avdelnings ansvar att se till att patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet beaktas. Patienters delaktighet i vården är betydelsefull. En förutsättning för detta är att patienten får individuellt anpassad information om sjukdomen, förebyggande åtgärder, undersökning och behandling. Raupach och Hiller (2002) säger att behovet av information hos patienter förändrades med tid och ålder. Därför är det väsentligt att informationen som ges är individuellt anpassad.

För att kunna säkra kvaliteten på vården är det relevant att känna till patienters upplevelser av den. Detta för att kunna förändra rutiner och metoder så att vårdkvaliteten ökar. God kvalitet på vården minskar patienters lidande och ökar deras trygghet.

Syfte

Syftet var att undersöka diabetespatienters upplevelser av den information som de fått på en diabetesmottagning i södra Sverige.

Metod

Denna studie genomfördes med en kvantitativ ansats. Underlaget till denna studie baserades på ett slumpmässigt urval, patienter tillfrågades konsekutivt om deltagande i denna studie.

Urval

På en diabetesmottagning i södra Sverige lämnades 80 frågeformulär varav 65 delades ut till patienter över 18 år med diabetes. Både patienter med typ I och typ II diabetes ingick i studien. Patienter som av någon anledning inte kunde svara för sig själv exkluderades.

Instrument

Basformuläret Kvalitet Ur Patientens Perspektiv (KUPP) för mottagning, av författarna förkortad version, har använts i studien (bilaga 1). KUPP är utarbetat genom en kvalitativ grounded theory studie och frågorna i formuläret är formulerade efter patienternas egna ord (Wilde, Larsson, Larsson & Starrin, 1998). Då KUPP är ett väl utarbetat och validerat instrument ansågs det inte nödvändigt att göra någon pilotstudie. De frågor som utslöts ur formuläret var frågor om civilstånd, väntetider, frågorna där deltagarna skulle värdera om de fått bästa möjliga vård, om de fick tala med personalen i enrum, frågor om bemötandet av anhöriga, frågor om den fysiska miljön på mottagningen och frågor om deltagarnas aktuella hälsotillstånd.

De bakgrundsvariabler som deltagarna fick ange var ålder, kön, nationalitet, utbildning och sysselsättning (frågorna 1-5). Formuläret bestod av totalt 43 frågor, varav två var öppna frågor och resterande var slutna frågor. Frågorna 6-34 bestod av fråga A och fråga B, där deltagarna i fråga A angav den egna upplevelsen och i fråga B den subjektiva betydelsen. Svartalternativen i fråga A var: Instämmer helt, Instämmer till stor del, Instämmer delvis, Instämmer inte alls och Ej aktuellt. I fråga B var svartalternativen: Av allra största betydelse, Av stor betydelse, Av ganska stor betydelse, Av liten eller ingen betydelse och Ej aktuellt.

Dessa frågor var även uppdelade i olika avsnitt med rubrikerna: Jag fick bra information om, Läkarna, Sjuksköterskor och undersköterskor, Jag hade bra möjlighet och Min vård styrdes av. Frågorna 35 och 36 gällde huruvida deltagarna tänkte följa de råd och anvisningar de fått av läkare respektive sjuksköterska och svarsalternativen var: Ja, helt och hållet, Ja, delvis, Nej, Vet ej och Har inte fått råd och anvisningar. Frågorna 37-41 rörde mottagningens tillgänglighet och svarsalternativen på dessa frågor var: Mycket lätt, Lätt, Varken lätt eller svårt, Svårt, Mycket svårt och Vet ej. De två sista frågorna (42-43) var öppna frågor där deltagarna kunde skriva vad de var särskilt nöjda med och förslag till förbättringar. Formulären kodades med löpnummer. Det tog cirka 20 minuter att fylla i frågeformuläret.

Genomförande

Frågeformulären tillsammans med tillhörande informationsbrev (bilaga 2) lämnades i juni till avdelningsföreståndaren vid diabetesmottagningen. Alla patienter som uppfyllde studiens inklusionskriterier erbjöds att delta i studien. I slutet av september då 52 formulär var besvarade avslutades datainsamlingen. Frågeformuläret fylldes i av patienterna och lämnades i en avsedd försluten låda på mottagningen. Lådan på mottagningen byttes ut med jämna mellanrum för att bearbetningen av materialet skulle kunna påbörjas. Efter en tid visade det sig att många patienter hade frågor angående formuläret och därför beslöt sig författarna för att vara tillgängliga på mottagningen i den mån det var möjligt. De som så önskade fick möjlighet att ta hem formuläret för att begrunda frågorna och lämna in det vid nästa återbesök.

Mottagningen där studien gjordes är en kombinerad diabetes och endokrinologi mottagning. Varje år har mottagningen cirka 6000 läkarbesök, 2000 besök hos diabetessjuksköterska och 1000 besök hos foterapeut. Mottagningen arbetar utifrån det regionala vårdprogrammet för diabetes mellitus, vars huvudsakliga mål är ett förbättrat hälsotillstånd, högre livskvalitet och ett längre liv för alla patienter med diabetes. Programmet har även som mål att bedriva forskning för behandling och förebyggande av komplikationer (Vårdprogram Diabetes Mellitus, 1995).

Analys/Bearbetning

Materialet har analyserats deskriptivt och komparativt. Jämförelser har gjorts för att se eventuella skillnader mellan kön, ålder, utbildningsnivå och sysselsättning. För att statistiskt bearbeta och analysera materialet har statistikprogrammet Epi-info 2002 använts. Epi-info 2002 är ett statistikprogram som är utformat för hälso- och sjukvårdens utövare och forskare (Division of Public Health Surveillance and Informatics, 2002).

Deltagarna i studien benämns genomgående i texten som patienter.

För att underlätta redovisningen av resultatet har svarsalternativen Instämmer helt och Instämmer till stor del räknats samman liksom Av största betydelse och Av stor betydelse. De som svarat Instämmer helt och Instämmer till stor del benämns i texten som nöjda och det som besvarats med Av största betydelse och Av stor betydelse benämns som betydelsefullt. De olika alternativen redovisas dock var för sig i figurerna. I de frågor där signifikanta skillnader ($p < 0,05$) kunde urskiljas har detta redovisats.

Av de 80 frågeformulären delades 65 ut varav 52 frågeformulär lämnades in ifyllda, det externa bortfallet blev 13. Det interna bortfallet varierar från fråga till fråga eftersom alla formulär inte var fullständigt ifyllda. Det aktuella bortfallet redovisas vid varje fråga i resultatet. Procenttalen i texten är beräknat på det totala antalet patienter som deltagit i studien. N är det antal patienter som angett det aktuella alternativet. Av de 52 patienterna har 21 valt att lämna egna kommentarer under rubrikerna Det här var jag särskilt nöjd med och Förslag till förbättringar. En noggrann genomläsning har gjorts av svaren på dessa öppna frågor för att kunna urskilja likheter och skillnader. Efter genomläsningen kunde tre huvudkategorier ses; bemötande, kontinuitet och väntetider.

Etisk avvägning

Ansökan om tillstånd för denna studie skickades till verksamhetschefen för medicinkliniken vid det aktuella sjukhuset (bilaga 3) och till forskningsetikkommittén vid Medicinska fakulteten Lund, LU 379-03. Information om studien gavs både muntligt och skriftligt till avdelningsföreståndaren (bilaga 4), som i sin tur informerade berörd personal. De ifyllda

formulären återlämnades i en därför avsedd försluten låda som placerats på mottagningen för att ingen obehörig skulle kunna ta del av vad patienterna svarat. I informationsbrevet (bilaga 2) som patienterna fick tillsammans med frågeformuläret framgick studiens betydelse, syfte och kriterier för att ingå i studien. Frivilligheten att delta poängterades så väl som patientens anonymitet. I informationen framgick också att patienten när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien och att vården inte skulle komma att påverkas, oavsett om de valde att delta eller ej.

I en etisk avvägning i enlighet med Helsingforsdeklarationen (1964) har patienternas integritet respekterats och de har blivit informerade om studiens syfte, metod, betydelse och om frivillighet att delta i studien. Vinsterna med denna studie anses större än riskerna för patienterna.

Resultat

Redovisningen av resultatet kommer att delas upp i samma avsnitt som frågeformuläret, Deskription, Information, Läkare, Sjuksköterskor och Undersköterskor, Delaktighet, Följa råd och anvisningar och Mottagningens tillgänglighet. Slutligen kommer patienternas egna kommentarer att redovisas.

Deskription

Formulären besvarades till 23 % (n=12) av kvinnor och till 65 % (n=34) (internt bortfall 5) av män. Åldern på patienterna varierade mellan 22 och 78 år, medelåldern var 48 år. Majoriteten, 88 % (n=46) (internt bortfall 5), av patienterna var svenskar. Vad gäller utbildningsnivån bland patienterna angav 44 % (n=23) (internt bortfall 6) att de hade högskola eller universitets utbildning.

Tabell 1 Patienternas utbildning.

Kön	Folkskola/ Grundskola	Högskola/ Universitet	Yrkesskola/ Gymnasium	Ej svarat	Totalt
Kvinna	2	8	2		12
%	16,7	66,7	16,7		100
Man	6	15	13		34
%	17,6	44,1	38,2		100
Totalt	8	23	15	6	52
%	15,4	44,2	28,8	11,5	100

Sysselsättningen bland patienterna fördelade sig enligt följande, 46 % (n=24) var yrkesarbetande, 8 % (n=4) var studerande och 35 % (n=18) (internt bortfall 6) hade annan sysselsättning.

Tabell 2 Patienternas sysselsättning.

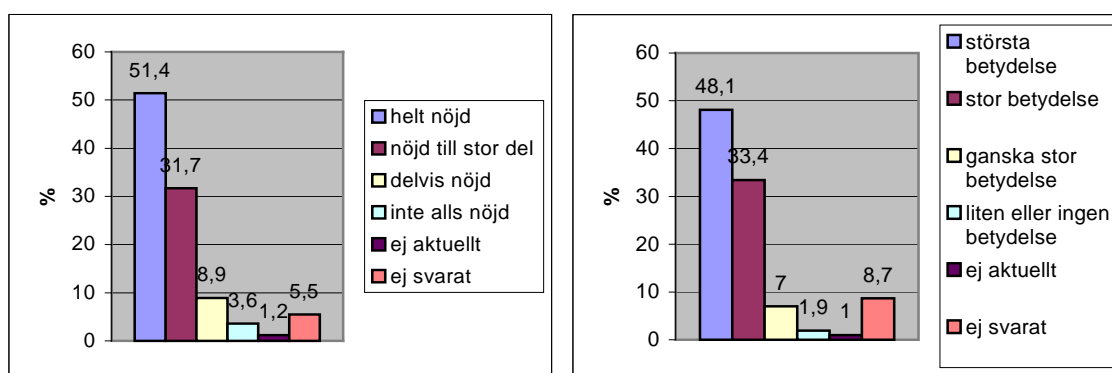
Kön	Yrkesarbetande	Studerande	Annan sysselsättning	Ej svarat	Totalt
Kvinna	6	3	3		12
%	50,0	25,0	25,0		100
Man	18	1	15		34
%	52,9	2,9	44,1		100
Totalt	24	4	18	6	52
%	46,2	7,7	34,6	11,5	100

Information

Av patienterna var det 87 % (n=45) (internt bortfall 2) som upplevde att de var nöjda med den information som de fick om undersökningar som de skulle genomgå. Nästan lika många, 83 % (n=43) (internt bortfall 2) var nöjda med den information de fick angående resultat av genomgångna undersökningar. Det framkom att patienterna tyckte att information om resultat av genomgångna undersökningar var av större betydelse än information om själva undersökningen, 87 % (n=45) (internt bortfall 4) respektive 79 % (n=41) (internt bortfall 4). Angående information om behandling kan man även här se att en stor andel, 90 % (n=47) (internt bortfall 1) upplevde sig vara nöjda med den information som de fått och 83 % (n=43) (internt bortfall 3) tyckte att det var betydelsefullt. När det gällde information om resultat av behandling visade sig bara 73 % (n=38) (internt bortfall 5) vara nöjda. Patienterna tyckte att det var lika betydelsefullt att få information om resultat av behandling 83 % (n=43) (internt bortfall 5) som information om behandling.

Gällande information om egenvård tyckte 90 % (n=47) (internt bortfall 5) att detta var betydelsefullt medan 12 % (n=6) (internt bortfall 2) bara var delvis eller inte alls nöjda med den information som de fått angående egenvård.

Minst nöjda var patienterna i frågan om information om vem som var ansvarig läkare och sjuksköterska, 23 % (n=12) (internt bortfall 4) respektive 19 % (n=10) (internt bortfall 5) angav att de var delvis eller inte alls nöjda i denna fråga. Det visade sig att 77 % (n=40) (internt bortfall 5) respektive 71 % (n=37) (internt bortfall 6) tyckte att det var betydelsefullt att få information om detta.



Figur1 En sammanställning över hur svaren på frågorna om information fördelade sig.

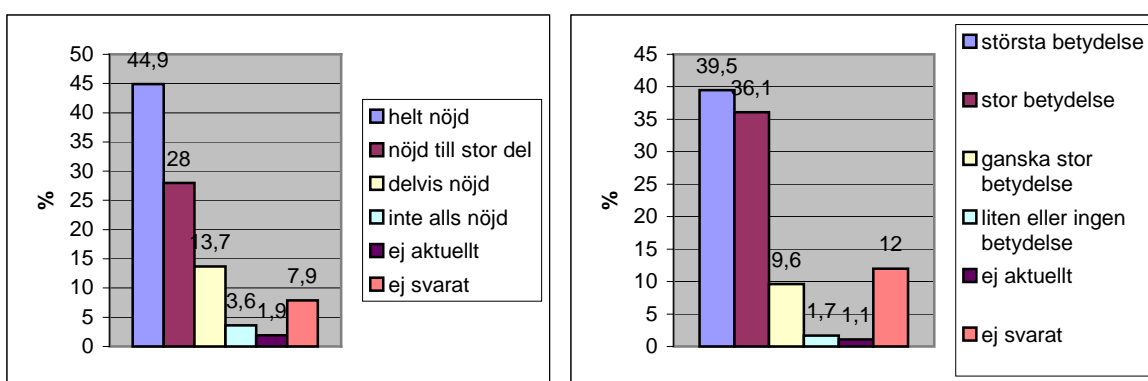
Läkare

Patienterna i studien tyckte det var mest betydelsefullt att läkarna hade ett positivt bemötande 83 % (n=43) (internt bortfall 5), att de gav uppriktiga svar på deras frågor 81 % (n=42) (internt bortfall 7) och att de visade engagemang 79 % (n=41) (internt bortfall 7). När det gäller patienternas egna erfarenheter av detta ansåg 81 % (n=42) (internt bortfall 3), 85 % (n=44) (internt bortfall 4) respektive 79 % (n=41) (internt bortfall 5) sig vara nöjda.

Minst nöjda var patienterna med läkarnas förmåga att visa medkänsla, endast 48 % (n=25) (internt bortfall 7) visade sig vara nöjda med detta. Av patienterna var det 65 % (n=34) (internt bortfall 3) som var nöjda med läkarens förmåga att visa intresse för deras livssituation, och 69 % (n=36) (internt bortfall 3) som var nöjda med läkarens förmåga att förstå patienternas situation. När det gällde frågan om läkarens förmåga att förstå patienternas situation fanns en signifikant skillnad ($p < 0,05$) mellan kvinnor och mäns svar. Männen var mer nöjda än kvinnorna i denna fråga. Det var 67 % (n=35) (internt bortfall 8) av patienterna

som tyckte det var betydelsefullt att läkaren visade medkänsla, kvinnorna ansåg detta mer betydelsefullt än männen ($p < 0,05$). Det var 69 % ($n=36$) (internt bortfall 6) som tyckte det var betydelsefullt att läkaren visade intresse för deras livssituation och 77 % ($n=40$) (internt bortfall 6) som tyckte det var betydelsefullt att läkaren förstod deras situation.

Den subjektiva betydelsen, 75 % ($n=39$) (internt bortfall 6), var större än den personliga upplevelsen, 69 % ($n=36$) (internt bortfall 5), på frågan om läkaren är personlig i sin kontakt med patienterna. Mest nöjda var patienterna med att läkarna bemötte dem med respekt 86 % ($n=45$) (internt bortfall 3) och 77 % ($n=40$) (internt bortfall 6) ansåg detta vara betydelsefullt.



Figur2 En sammanställning över hur svaren på frågorna om läkarna fördelade sig.

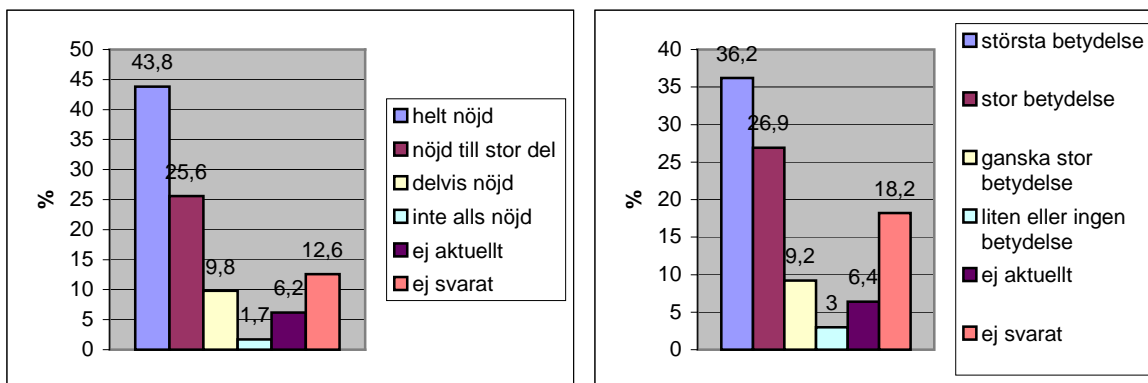
Sjuksköterskor och undersköterskor

Det som patienterna var mest nöjda med angående sjuksköterskor och undersköterskor var deras positiva bemötande 83 % ($n=43$) (internt bortfall 5), att de bemötte dem med respekt 75 % ($n=39$) (internt bortfall 6) och att de gav uppriktiga svar på patienternas frågor 73 % ($n=38$) (internt bortfall 6). Männen ansåg sig i högre grad bli bemötta med respekt än kvinnorna ($p < 0,05$). Patienterna tyckte även att dessa tre faktorer var betydelsefulla 75 % ($n=39$) (internt bortfall 8), 69 % ($n=36$) (internt bortfall 9) respektive 69 % ($n=36$) (internt bortfall 9).

Minst nöjda var patienterna med sjuksköterskornas och undersköterskornas förmåga att visa medkänsla i besvärliga situationer 56 % ($n=29$) (internt bortfall 9). Även om det inte var så många som var nöjda så stämmer det överens med hur betydelsefullt det var, 54 % ($n=28$), för patienterna.

På frågan om sjuksköterskornas och undersköterskornas engagemang var 67 % (n=35) (internt bortfall 8) nöjda och 60 % (n=31) (internt bortfall 10) tyckte att det var betydelsefullt. Engagemanget ansågs mer betydelsefullt bland de som hade annan sysselsättning än studerande eller yrkesarbetande ($p < 0,05$). När det gäller sjuksköterskornas och undersköterskornas förmåga att visa intresse var 67 % (n=35) (internt bortfall 6) nöjda medan 60 % (n=31) (internt bortfall 9) ansåg det vara betydelsefullt. Att sjuksköterskorna och undersköterskorna verkade förstå hur patienterna upplevde sin situation var 71 % (n=37) (internt bortfall 6) nöjda med, 60 % (n=31) (internt bortfall 10) ansåg detta vara betydelsefullt.

Det var 88 % (n=46) (internt bortfall 6) som tyckte att sjuksköterskorna och undersköterskorna var personliga i sin kontakt med dem, medan 67 % (n=35) (internt bortfall 10) tyckte att det var betydelsefullt. Bland de som inte var helt nöjda med det personliga bemötandet av sjuksköterskorna och undersköterskorna var majoriteten högskola/universitetsutbildade ($p < 0,05$).

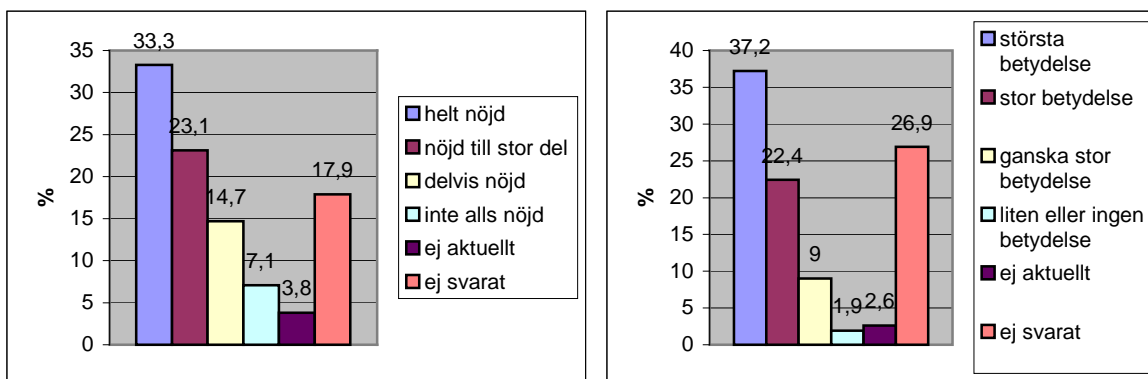


Figur 3 En sammanställning över hur svaren på frågorna om sjuksköterskorna och undersköterskorna fördelade sig.

Delaktighet

Frågorna om delaktighet gällde om patienterna tyckte att de kunde delta i beslut som gällde deras vård och deras omvårdnad och om de tyckte att vården styrdes av deras egna behov och önskemål snarare än personalens rutiner. På två av de tre frågorna visade svaren att patienternas egna upplevelser stämde väl överens med den subjektiva betydelsen. Vad gäller möjligheten att delta i beslut i vården var 62 % (n= 32) (internt bortfall 7) nöjda medan 63 % (n=33) (internt bortfall 12) tyckte att det var betydelsefullt. På samma fråga som gällde

omvårdnad svarade 52 % (n=27) (internt bortfall 12) att de var nöjda och 52 % (n=27) (internt bortfall 16) att det var betydelsefullt. På den tredje frågan skiljde patienternas egna upplevelser sig från den subjektiva betydelsen. Av patienterna var det 56 % (n=29) (internt bortfall 9) som tyckte att vården styrdes av deras önskemål och behov snarare än personalens rutiner medan 63 % (n=33) (internt bortfall 14) tyckte att det var betydelsefullt.



Figur 4 En sammanställning över hur svaren på frågorna om delaktighet fördelade sig.

Följa råd och anvisningar

Patienterna fick svara på huruvida de skulle följa de råd och anvisningar som de fick av läkaren och sjuksköterskan. Av patienterna tänkte 65 % (n=34) (internt bortfall 3) helt och hållet följa läkarens råd och anvisningar och 60 % (n=31) (internt bortfall 3) tänkte följa de råd och anvisningar de fått av sjuksköterskan. Några av patienterna, 6 % (n=3) (internt bortfall 3), ansåg sig inte ha fått några råd eller anvisningar av sjuksköterskan.

Tabell 3 Patienternas svar på frågorna om huruvida de kommer att följa råd och anvisningar.

Kommer du att följa de råd och anvisningar du fått av:	Läkaren	Sjuksköterskan	Totalt
Ja, helt och hållet	34	31	65
%	65,4	59,6	62,5
Ja, delvis	13	14	27
%	25	26,9	25,7
Nej	1	0	1
%	1,9	0	1
Vet ej	1	1	2
%	1,9	1,9	1,9
Har inte fått råd och anvisningar	0	3	3
%	0	5,8	2,9
Ej svarat	3	3	6
%	5,8	5,8	5,8
Totalt	52	52	104
%	100	100	100

Mottagningens tillgänglighet

Patienterna fick svara på frågor angående hur lätt det var att komma fram på telefon till mottagningen, läkaren och sjuksköterskan. Svartalternativen var Mycket lätt, Lätt, Varken lätt eller svårt, Svårt, Mycket svårt och Vet ej. Alternativen Mycket lätt och Lätt har slagits samman liksom Svårt och Mycket svårt. Det framkom att 46 % (n=24) (internt bortfall 4) tyckte det var lätt att komma fram på telefon till sjuksköterskan och 46 % (n=24) (internt bortfall 3) till mottagningen. Svårast var det att komma fram på telefon till läkaren, endast 17 % (n=9) (internt bortfall 5) ansåg att detta var lätt.

Tabell 4 Deltagarnas svar på frågorna om hur lätt det är att komma fram på telefon.

Hur lätt är det att komma fram på telefon till:	mottagningen	läkaren	sjuksköterskan	Totalt
Mycket lätt	5	1	6	12
%	9,6	1,9	11,5	7,7
Lätt	19	8	18	45
%	36,5	15,4	34,6	28,8
Varken lätt eller svårt	6	7	8	21
%	11,5	13,5	15,4	13,5
Svårt	7	10	7	24
%	13,5	19,2	13,5	15,4
Mycket svårt	7	8	4	19
%	13,5	15,4	7,7	12,2
Vet ej	5	13	5	23
%	9,6	25	9,6	14,7
Ej svarat	3	5	4	12
%	5,8	9,6	7,7	7,7
Totalt	52	52	52	156
%	100	100	100	100

Patienterna fick bedöma hur lätt de tyckte det var att få besökstid hos läkaren och hos sjuksköterskan. Det framkom att det var fler som tyckte att det var lätt att få besökstid hos sjuksköterskan än hos läkaren, 44 % (n=23) (internt bortfall 4) respektive 31 % (n=16) (internt bortfall 4). På båda frågorna var det 23 % (n=12) som svarade att det varken var lätt eller svårt. De patienter som var yrkesarbetande eller hade annan sysselsättning tyckte det var lättare än de studerande att få besökstid hos både läkare och sjuksköterska ($p < 0,05$).

Tabell 5 Patienternas svar på frågorna om hur lätt det är att få besökstid.

Hur lätt är det att få besökstid hos:	Läkaren	Sjuksköterskan	Totalt
Mycket lätt	2	5	7
%	3,8	9,6	6,7
Lätt	14	18	32
%	26,9	34,6	30,8
Varken lätt eller svårt	12	12	24
%	23,1	23,1	23,1
Svårt	6	3	9
%	11,5	5,8	8,7
Mycket svårt	6	2	8
%	11,5	3,8	7,7
Vet ej	8	8	16
%	15,4	15,4	15,4
Ej svarat	4	4	8
%	7,7	7,7	7,7
Totalt	52	52	104
%	100	100	100

Patienternas egna kommentarer

Det här var jag särskilt nöjd med

Av patienterna valde 18 att lämna kommentarer under denna rubrik.

Av de egna kommentarerna kunde en stor huvudgrupp urskiljas, *bemötande*. Nästan alla kommentarer handlade om detta direkt eller indirekt. En del av kommentarerna handlade om bemötandet i allmänhet medan vissa handlade om egenskaper hos personalen eller om den goda servicen på mottagningen. De vanligaste orden i samband med att de skrev om bemötande var respektfullt, personligt, vänligt, trevligt och förstående. Vissa har använt flera av dessa ord vid beskrivning av bemötandet på mottagningen till exempel ”Personliga och respektfulla bemötandet”. Även patienterna visade förståelse gentemot personalen det gick att se i kommentarer som: ”Den hjälpsamhet man får från sköterskorna, trots den ibland orimliga stressen.” Bland kommentarerna om personalen kunde begrepp som engagemang och hjälpsamhet urskiljas till exempel ”Bra omhändertagande och engagerade läkare och sjuksköterskor...”. Några nämnde att personalen var bra på att försöka finna lösningar och att det var bra ”att få recept hemskickade”. Det nämndes även att diabetesskolan hade gett mycket ny kunskap och en patient var särskilt nöjd med att det var korta väntetider. En annan patient var särskilt nöjd med ”Allting”.

Förslag till förbättringar

Av patienterna valde 11 att lämna kommentarer under denna rubrik.

Här kunde två huvudgrupper urskiljas, *kontinuitet* och *väntetider*, men även tillgänglighet och bemötande nämndes. Många av de som svarade tyckte att det hade varit bättre om de hade kommit till samma läkare vid varje vårdtillfälle. De skrev bland annat: ”Teamarbete, alltid få kontakt med samma vårdpersonal” och ”Viktigt att få gå till samma läkare och sjuksköterska...”. Väntetiderna ansågs vara oacceptabelt långa och som förslag till förbättring gavs att anställa mer personal: ”Mer resurser så att tider finns. Det är oacceptabelt med de väntetider som finns idag”. Någon föreslog att de skulle ”Kunna använda email för att boka tid och ställa frågor till läkaren”. En patient föreslog att personalen skulle ”Visa respekt för patienterna” en annan var uppgiven och menade att förbättringar ”Går förmodligen ej med dagens besparingar”.

Diskussion

Metoddiskussion

Anledningen till att en kvantitativ studie gjordes är att patienterna skulle få exakt samma frågor och inte kunna påverkas av på vilket sätt frågorna ställs. I kvalitativ forskning är anonymiteten nästan aldrig möjlig till skillnad från kvantitativ forskning, däremot hade en studie med kvalitativ ansats kunnat ge mer djup och uttömmande information inom ämnet.

Inför denna studie kontaktades avdelningsföreståndaren för diabetesmottagningen som i sin tur informerade mottagningens personal. För att personalen skulle ha fått mer ingående information om studiens metod och syfte hade det varit bra om ett informationsmöte hade arrangerats av författarna. Förståelsen och motivationen för det extra arbete som studien innebar för personalen skulle förmodligen ha ökat. Om detta skett hade kanske den externa svarsfrekvensen ökat och därigenom studiens tillförlitlighet.

Eftersom frågeformuläret KUPP (Wilde, Larsson, Larsson & Starrin, 1998) sedan tidigare är väl utarbetat har ingen pilotstudie gjorts och ingen ändring av layouten. Det visade sig dock att flera patienter hade missförstått hur formuläret skulle fyllas i. Frågeformuläret delades ut till patienterna när de kom till mottagningen. Många hann inte fylla i hela formuläret innan de blev inkallade till undersökning och alla ville eller kunde inte stanna kvar efteråt för att avsluta. På grund av detta blev det interna bortfallet onödigt stort särskilt på frågorna i slutet på formuläret. Carroll (1994) ställer sig frågan om deltagare tröttnar på att svara på frågor i enkäter om de är liknande, hon jämför detta med att titta på samma tv-program fem kvällar i rad. Trots att basformuläret för mottagning förkortades och för syftet irrelevanta frågor togs bort, verkade många patienter tycka att det var för många frågor att besvara. För att kunna få fram ett bra resultat kunde inte formuläret ha kortats ner ytterligare. Med tanke på formulärets omfattning och att en del patienter valde att besvara frågeformuläret hemma och lämna in det vid nästa återbesök, hade det kanske varit bättre om frågeformuläret skickats ut till patienterna så att de i lugn och ro kunnat fylla i det.

Många av mottagningens patienter är äldre och har nedsatt syn och har på grund av detta inte kunnat läsa frågorna och fylla i formuläret. En del patienter har ögonsjukdom som komplikation till sin diabetes och har av den anledningen inte kunnat delta i studien. Med tanke på detta skulle texten i formuläret ha varit något större. Carroll (1994) menar att frågor som är skrivna i svart på vitt papper utan skuggor är svårt för ögat att följa. Detta tillsammans med att texten var liten gör att det nog har varit svårt för många att fylla i formuläret.

En fråga som har vållat problem är frågan om delaktighet i vård och omvårdnad, där en undran finns om huruvida deltagarna kunde skilja på dessa två begrepp. Bortfallet på frågan om omvårdnad är stort.

Det har varit svårt att sammanställa materialet eftersom antalet patienter som svarat är olika på nästan alla frågor. Hade n, det totala antalet, varit större hade det antagligen gått att se fler samband och skillnader, studiens tillförlitlighet hade också blivit större.

Under sommaren då datainsamlingen skedde var det ont om både personal och patienter på diabetesmottagningen. Detta medförde att datainsamlingen tog längre tid än beräknat och avslutades när 52 frågeformulär kommit in.

Resultatdiskussion

Deskription

Majoriteten av patienterna i studien är svenska män, endast en patient är icke-svensk. Det framkommer (Haghanifar & Shaat, 2003) att diabetes är vanligare hos invandrare i Sverige än hos svenskar. Av Lunds befolkning är 14,7 procent av utländsk härkomst (Lunds kommun). Anledningen till att det inte finns fler patienter av utländsk härkomst i denna studie kan vara att de inte är i behov av specialistvård i samma utsträckning som svenskar eller att de inte har kunnat delta på grund av språksvårigheter. Om så är fallet, har studien gått miste om en hel patientgrupp som kanske skulle ha haft andra upplevelser av vården. Hade dessa patienter ingått i studien kunde studiens resultat ha påverkats i någon riktning.

Information – Följa råd och anvisningar

I stort är patienterna nöjda med den information som de fått på mottagningen. De anser att det är mest angeläget att få information om egenvård, men det visade sig att bara 63 procent tänker följa de råd och anvisningar de fått av personalen. Anledningen till detta skulle kunna vara att patienterna inte förstår den information som de får angående egenvård beroende på att språket inte anpassas till patientens nivå. Det är enligt Glenton (2002) betydelsefullt att så sker för att all viktig information ska nå fram till patienten. Detta är något att tänka på, det skulle på sikt kunna minska komplikationer för patienter och kostnader för sjukvården. Ett fåtal patienter anser sig inte ha fått några råd och anvisningar av sjuksköterskan, detta kan bero på att patienterna inte går till någon sjuksköterska snarare än att de inte har fått några råd och anvisningar. Levetant (2001) menar att eftersom patienter tillbringar så lite tid, oftast mindre än femton minuter, med sin läkare kan ofta den preventiva informationen missas. Levetant menar vidare att när patienter får en informationsbroschyr läses den oftast en gång och lägges sedan undan. Dessutom har det framkommit (Mumford, 1997) att informationsbroschyrer ofta är svåra för patienter att läsa. All information i en broschyr blir för mycket att ta till sig på en gång, menar Levetant (2001). Därför har hon utarbetat en informationsbok i form av en kalender, där lite information ges varje dag för att utbilda, motivera samt ge hopp och uppmuntran.

Att det finns skillnader på frågorna om information mellan patienternas egna upplevelser och den subjektiva betydelsen stärker Beeney et al. studie (1996) där en skillnad framkommer mellan vad vårdpersonal tror att patienter vill ha information om och patienternas önskemål om information. Det är av stor betydelse att sjuksköterskan känner av vilken information patienten behöver och vill ha för att patienten ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt med sin sjukdom.

När det gäller information om ansvarig personal är det en del som inte är nöjda, vilket även kan ses bland patienternas egna kommentarer. Där tar många upp att det vore bra att komma till samma läkare och sjuksköterska varje gång. En fast läkarkontakt ger patienter trygghet och känslor av sammanhang (Socialstyrelsen, 2003a), vilket enligt Antonovsky (1987) är en av förutsättningarna för att uppleva hälsa. Socialstyrelsen (2003a) har i sin studie funnit att patienter som möter ny läkare vid varje besök riskerar att känna osäkerhet, oro och få en känsla av att vara utlämnad. Att patienter måste lämna sin hälsohistoria upprepade gånger kan upplevas kränkande. Vidare betonar patienterna vikten av att bli sedda, respekterade och bemötta med förståelse och empati. Det är precis detta som Gustafsson (1992) vill uppnå med sin SAUK-modell (Sympati, Accepterande dialog, kunskap om Upplevelsemässig innebörd, Kompetens). Det är alltså viktigt för patienter att sjuksköterskor är bekräftande i sitt möte med dessa. Sjuksköterskan skulle kunna arbeta för att patienter kommer till samma vårdpersonal i den mån det är möjligt.

Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor

I patienternas egna kommentarer liksom i resultatet av studien framkommer mycket positivt om personalen på mottagningen. De upplever sig särskilt nöjda med personalens positiva, vänliga och respektfulla bemötande och engagemang. Att männen anser sig bli bemötta med mer respekt av sjuksköterskor och undersköterskor än kvinnorna är anmärkningsvärt med tanke på att majoriteten av denna personal är kvinnor. Hade resultatet blivit annorlunda om denna personalgrupp bestått av män också eller är det så att kvinnor har högre krav än män? Det är framförallt de med annan sysselsättning än yrkesarbetande eller studerande som anser att engagemanget är betydelsefullt. Dessa patienter har kanske större behov av ett bra bemötande från personalen på mottagningen eftersom de inte blir bekräftade på arbetet eller i skolan.

Patienterna önskar att läkarna på mottagningen visade mer medkänsla, intresse och förståelse för deras livssituation. Dessa tre faktorer skiljer sig vad gäller patienternas egna upplevelser och den subjektiva betydelsen, dessa skillnader går inte att finna hos sjuksköterskorna och undersköterskorna. Det framkommer en del skillnader mellan män och kvinnor när det gäller läkarna. Männerna är mer nöjda med läkarnas förmåga att förstå deras situation än kvinnorna medan kvinnorna tycker att det är mer betydelsefullt än männen att de visar medkänsla. Kanske detta beror på skillnader mellan manligt och kvinnligt. På grund av att det faktiskt finns skillnader mellan män och kvinnor är det av stor betydelse för sjuksköterskor och annan vårdpersonal att känna till och vara medvetna om dessa.

Med tanke på det stora informationsutbudet som finns att tillgå för patienter bland annat genom Internet, har patienter blivit mer medvetna och kunniga. Bergman (1993) skriver om hur läkarens roll är på väg att förändras från att vara en kunskapskälla till expertguide som ser hela människan och guidar henne genom sin sjukdom. Socialstyrelsen (2003b) menar dock att patienters delaktighet i medicinska beslut inte får bli så stor att de löper risk att hamna i situationer där de trots bristande kompetens har stort beslutsansvar. Patienter kan aldrig ta över läkarens beslutsfattande roll i vården.

Patienterna anser det vara mer betydelsefullt att läkarna är personliga i sin kontakt än sjuksköterskorna och undersköterskorna. Det kan innebära att de tycker att läkaren har en mer betydande roll än sjuksköterskan och undersköterskan då de har ett större medicinskt ansvar. En annan orsak kan vara att inte alla patienter besöker sjuksköterskan och undersköterskan i samma utsträckning som läkaren. De träffas i så fall endast vid provtagning och dylikt vilket bara är snabba besök som inte kräver samma personliga kontakt som ett läkarbesök.

Delaktighet

Resultatet visar att patienterna vill vara mer delaktiga i sin vård och omvårdnad. Det finns en skillnad på hur patienterna upplever sin delaktighet och den subjektiva betydelsen. Bortfallet på frågorna som gäller delaktigheten är dock mycket stort, vilket kan betyda att de inte har förstått frågorna. En förutsättning för patienters delaktighet i sin vård är att de får individuell anpassad information om sjukdomen, förebyggande åtgärder, undersökning och behandling (SOSFS 1996:24). Även Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) poängterar att vård och

behandling skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienter kan genom att vara förberedda inför sitt läkarbesök påverka informationsutbytet, detta kan ske genom att informera patienter om hur de kan förbereda sig. I informationsbladet som gavs ut i studien ombads patienter reflektera över sina bekymmer och vad de ville att läkaren skulle göra för dem, detta ledde till väl förberedda patienter inför läkarbesöket och informationsutbytet dem emellan blev optimalt (Frederikson & Bull, 1995). Patienter kan bidra med mycket själva för att förbättra kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal. Som resultatet visar är informationen om undersökning och behandling på mottagningen god, medan information om förebyggande åtgärder eller egenvård skulle kunna förbättras. Detta skulle i sin tur kunna öka patienters delaktighet i deras vård. En annan sak som kan öka delaktigheten är den kommunikationsmodell som Bowles et al. (2001) föreslår där fokus läggs på lösningar istället för problem och där sjuksköterskor i sin konversation med patienter ger positiv feedback och erkännande.

Att patienten ska vara delaktig är ett krav som kräver ökade resurser för patienten i form av till exempel förmedlad kunskap från vårdpersonalen och stöd från närstående (Carnevali & Thomas, 1993).

Mottagningens tillgänglighet

Resultatet visar att ungefär hälften anser att det är svårt att komma fram på telefon och få besökstid på mottagningen. Socialstyrelsens studie (2003a) fann att patienter blir lugna av att ha en god kontaktmöjlighet och kunna nå sin läkare. Hur svårt det är att få tid hos läkaren kan bero på vilken läkare man går till, en del läkare är mer populära och har på grund av detta längre väntetider (I. Löfquist, personlig kommunikation, 24 september, 2003). Det kan även skilja sig i vad patienterna menar med svårt när det gäller att komma i kontakt med mottagningen. Att de studerande tycker det är svårare att få besökstid hos läkaren och sjuksköterskan skulle kunna bero på att studerande kanske är mer medvetna om sina rättigheter och ställer mer och högre krav. Det är många som varken tycker det är lätt eller svårt att få besökstid hos läkaren och sjuksköterskan, anledningen till detta är sannolikt att dessa patienter automatiskt blir kallade till en ny tid. Patienternas egna kommentarer visar på samma sak. Flera har nämnt att något borde göras för att minska de långa väntetiderna och gett förslag att email skulle kunna användas för att boka tid och för att ställa frågor. En

rapport från Socialstyrelsen (2003b) pekar på att Internet endast kan bli ett komplement och inte en ersättning till den dialog som patienter behöver och har rätt till i sina kontakter med sjukvården. I rapporten framkommer även att det fortfarande bara är en liten del av befolkningen som använder Internet.

En patient anser att väntetiderna är korta. Enligt den nationella vårdgarantin år 2003 ska den som blivit remitterad till den specialiserade vården erbjudas tid för besök inom 90 dagar. Om detta inte kan erbjudas har patienten rätt att söka vård i annat landsting eller privat vårdgivare utan extra kostnad (Landstingsförbundet, 2003). Om patienter inte kan komma i kontakt med sjukvården för att få svar på sina frågor tenderar de att söka information på annat håll till exempel Internet, tv, tidningar och genom olika organisationer. Denna information är ofta inte vetenskapligt beprövad och kan leda till onödiga och höga förväntningar hos patienten (McIntosh & Shaw, 2003).

Sammanfattningsvis visar studien att patienterna i stort är nöjda med mottagningen. Mest angelägna är patienterna om att få information om sin egenvård. Detta är något för mottagningen att arbeta med eftersom endast drygt hälften tänker följa de råd och anvisningar som de fått. Många patienter vill bli bättre informerade om vem som är ansvarig för deras vård. Bland de egna kommentarerna framkommer att många vill komma till samma läkare och sjuksköterska varje gång. Om mottagningen tillgodoser detta besparas patienterna från att känna osäkerhet, oro och utlämnade (Socialstyrelsen, 2003a). När det gäller personalen är patienterna särskilt nöjda med deras positiva, vänliga och respektfulla bemötande samt deras engagemang. Däremot önskar patienterna att läkarna visar mer medkänsla, intresse och förståelse för deras livssituation. Männens visar sig vara mer nöjda med läkarnas förmåga att förstå deras situation än kvinnorna medan kvinnorna anser det vara mer betydelsefullt än männen att de visar medkänsla. Patienterna vill vara mer delaktiga i sin vård och omvårdnad. En förutsättning för detta är att de får individuellt anpassad information om sjukdomen, förebyggande åtgärder, undersökning och behandling (SOSFS 1996:24). Mottagningens tillgänglighet kunde ha varit bättre, många menar att det är svårt att komma fram på telefon samt att få besökstid. Goda kontaktmöjligheter gör enligt Socialstyrelsen (2003a) att patienterna känner sig lugna. Ett förslag från patienterna för att öka mottagningens tillgänglighet är att använda sig av email.

Med tanke på att detta är en relativt liten studie är tillförlitligheten ej helt tillfredsställande, resultatet skulle kunna ha blivit annorlunda vid en större studie. Därför är fortsatta studier inom detta område angeläget. Kanske skulle detta vara sjuksköterskor till hjälp i sitt arbete med patienter med diabetes som är en stor patientgrupp. Otillräcklig information till denna patientgrupp kan ge omfattande konsekvenser i form av lidande för patienter och kostnader för sjukvården. Möjligen skulle en intervjustudie kunna ge fördjupade kunskaper om dessa patienters behov och upplevelser av information.

Referenser

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Apelqvist, J. (2003). Diabetesfoten – världens akilleshäl. I *Diabetes i Skåne – ett forskningsperspektiv*, (pp.124-137). Lund: Enheten för forskning och utveckling.
- Beeney, L. J., Bakry, A. A., & Dunn, S. M. (1996). Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Education and Counseling*, 29, 109-116.
- Bergman, R. L. (1993). Future physician: From care-giver to coach? *Hospitals & Health Networks*. Oct. 5, 34.
- Boulton, A. J. M. (1995). Why bother educating the multi-disciplinary team and the patient – the example of prevention of lower extremity amputation in diabetes. *Patient Education and Counseling*, 26, 183-188.
- Bourhis, R. Y., Roth, S., & MacQueen, G. (1989). Communication in the hospital setting: A survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Social Science & Medicine*, 4, 339-346.
- Bowles, N., Mackintosh, C., & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 347-354.
- Carnevali, D. L., & Thomas, M. D. (1993). *Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Carroll, S. (1994). Questionnaire design affects response rate. *Marketing News*, June 6.
- Division of Public Health Surveillance and Informatics. (2002). www.cdc.gov/epiinfo/about.htm [2003, oktober, 10].
- Frederikson, L. G., & Bull, P. E. (1995). Evaluation of a patient education leaflet designed to improve communication in medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 25, 51-57.
- Glenton, C. (2002). Developing patient-centred information for back pain sufferers. *Health Expectations*, 5, 319-329.
- Granér, R. (1991). *Arbetsgruppen. Den professionella gruppens psykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, B. (1992). *Living with dysphagia. Some aspects of the experiential meaning of handicap, adaptedness and confirmation*. (Doktorsavhandling vid Karolinska Institutet).
- Haghanifar, F., & Shaat, N. (2003). Varför är diabetes så vanlig hos våra invandrare? Ett mångkulturellt forskningsprojekt söker svar på frågan. I *Diabetes i Skåne – ett forskningsperspektiv*, (pp.86-89). Lund: Enheten för forskning och utveckling.

Helsingforsdeklarationen. (1964). www.forsketik.lu.se/helsinki.html
[2003, oktober, 10].

Landstingsförbundet (2003). *Att vänta på vård. En analys av tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: EO Print.

Levetant, C. (2001). Adding a Daily Dosage of Diabetes Wisdom to Your Prescription. *Diabetes Spectrum*, 14(3), 163-167.

Lunds kommun, Lundastatistik. http://media.lund.se/lkom/LKOM-6E159B6D-1ED1-4837-962C-DB007A6FA5BD/LuS03_3.pdf [2003, oktober, 16].

McIntosh, A., & Shaw, C. F. M. (2003). Barriers to patient information provision in primary care: Patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health Expectations*, 6, 19-29.

Mumford, M. E. (1997). A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 985-991.

Nationella Diabetes Registret, Medicinkliniker. (2001). www ldc.lu.se/NDR/arkiv/medicin/
[2003, mars, 10].

Raupach, J. C. A., & Hiller, J. E. (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expectations*, 5, 289-301.

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

SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1996:24. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2002). Hälso- och sjukvårdsstatistik årsbok 2002. Stockholm.

Socialstyrelsen. (1999). Nationella riktlinjer för vård av och behandling av patienter med diabetes mellitus. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2003a). Trygghet. En studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2003b). Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. Stockholm.

Vårdprogram Diabetes Mellitus. (1995). Diabetesrådet i Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt (rev.uppl.).

Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (2001). KUPP-boken Vägledning till frågeformuläret KUPP, Kvalitet Ur Patientens Perspektiv. Stockholm: Vårdförbundet.

Williams, R., Van Gaal, L., & Lucioni, C. (2002). Assessing the impact of complications on the costs of Type II diabetes. Diabetologia, 45, 13-17.

Frågeformuläret

KUPP

Kvalitet Ur Patientens Perspektiv

1. Ålder

Jag ärår

2. Kön

Man

Kvinna

3. Nationalitet

Svensk

Nordisk

Annan.....

4. Utbildning (Ange högsta)

Folkskola/Grundskola (motsvarande)

Yrkesskola/Gymnasium (motsvarande)

Högskola/Universitet

5. Sysselsättning

Yrkesarbetande

Studerande

Annat

Bilaga 1 (1/6)

II

Instruktion: Fyll i både A och B på respektive fråga

A. Så här var det för mig

B. Så här betydelsefullt var det för mig

Instämmer Instämmer Instämmer Instämmer EjAv allra Av stor Av ganska Av liten Ej
helt till stor del delvis inte alls aktuellt största

betydelse stor betydelse eller ingen aktuellt

Jag fick bra information om

6. undersökningar så att jag förstod hur de skulle gå till

7. behandlingar så att jag förstod hur de skulle gå till

8. mina mediciner så att jag förstod vilken effekt de hade och hur de skulle användas

9. resultatet av undersökningar

10. resultat av behandlingar

11. egenvård; ”hur jag bäst bör sköta mig”

12. vilken läkare som var ansvarig för min vård

13. vilken sjuksköterska som var

ansvarig för min omvårdnad

(2/6)

II

Instruktion: Fyll i både A och B på respektive fråga

A. Så här var det för mig

B. Så här betydelsefullt var det för mig

Instämmer helt Instämmer till stor del Instämmer delvis Instämmer inte alls EjAv allra aktuellt Av stor Av ganska Av liten Ej största

betydelse stor betydelse eller ingen aktuellt

betydelse

betydelse

Läkarna

14. verkade förstå hur jag upplevde

min situation

15. var personliga i kontakten med mig

16. visade medkänsla när jag hade det
besvärligt; t ex vid oro eller smärta

17. bemötte mig med respekt

18. verkade ge mig uppriktiga svar
på mina frågor

19. bemötte mig positivt

20. visade intresse för min livssituation

21. visade engagemang

22. brydde sig om mig

Instruktion: Fyll i både A och B på respektive fråga

A. Så här var det för mig

B. Så här betydelsefullt var det för mig

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra stor	Av ganska stor	Av liten storsta	Ej största
betydelse									
stor betydelse									
eller ingen									
aktuellt									
						betydelse		betydelse	

Sjuksköterskor och undersköterskor

23. verkade förstå hur jag upplevde

min situation

24. var personliga i kontakten med mig

25. visade medkänsla när jag hade det

besvärligt; t ex vid oro eller smärta

26. bemötte mig med respekt

27. verkade ge mig uppriktiga svar på
mina frågor

28. bemötte mig positivt

29. visade intresse för min livssituation

30. visade engagemang

31. brydde sig om mig

Jag hade bra möjlighet

32. att delta i beslut när det gällde
min vård

33. att delta i beslut när det gällde
min omvårdnad

(4/6)

Instruktion: Fyll i både A och B på respektive fråga

A. Så här var det för mig

B. Så här betydelsefullt var det för mig

Instämmer helt betydelse	Instämmer till stor del stor betydelse	Instämmer delvis eller ingen	Instämmer inte alls aktuellt	Ej/Av allra aktuellt	Av stor betydelse	Av ganska betydelse	Av liten betydelse	Ej största betydelse
--------------------------------	--	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------	----------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------

Min vård styrdes av

34. mina egna önskemål och behov

snarare än av personalens rutiner

35. Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av

läkaren?

- Ja, helt och hållet
- Ja, delvis

37. Hur lätt är det att komma fram på telefon till mottagningen?

- Nej
- Vet ej
- Har inte fått råd och anvisningar av läkaren

36. Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av sjuksköterskan?

- Ja, helt och hållet
- Ja, delvis
- Nej
- Vet ej
- Har inte fått råd och anvisningar av sjuksköterskan

- Mycket lätt
- Lätt
- Varken lätt eller svårt
- Svårt
- Mycket svårt
- Vet ej

38. Hur lätt är det att komma fram på telefon till läkaren?

- Mycket lätt
- Lätt
- Varken lätt eller svårt
- Svårt
- Mycket svårt
- Vet ej

39. Hur lätt är det att komma fram på telefon till Sjuksköterskan?

- Mycket lätt
- Lätt
- Varken lätt eller svårt
- Svårt
- Mycket svårt
- Vet ej

40. Hur lätt är det att få besökstid hos läkaren?

- Mycket lätt
- Lätt
- Varken lätt eller svårt
- Svårt
- Mycket svårt
- Vet ej

41. Hur lätt är det att få besökstid hos sjuksköterskan?

- Mycket lätt
- Lätt
- Varken lätt eller svårt
- Svårt

(5/6)

Mycket svårt

Vet ej

.....
.....

42. Det här var jag särskilt nöjd med:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tack för din medverkan!

(6/6)

43. Förslag till förbättringar:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

LUNDS UNIVER

Lund 030327

Medicinska fakulteten

Institutionen för omvårdnad

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng

Studerande: Jennie Carlsson & Sofie Nilsson

TILL BERÖRDA PATIENTER

Vi är två sjuksköterskestuderande och som examensarbete har vi valt att göra en enkätstudie om hur diabetespatienter upplever informationen de tagit emot här på diabetesmottagningen.

Målet med studien är att, genom att få reda på Er upplevelse av information, kunna förbättra och förändra vården som Ni får.

För att kunna delta i studien måste Ni ha fyllt 18 år och ha diabetes. Avsikten är att totalt 80 patienter ska delta i studien.

Det är helt frivilligt att delta i studien och Ni kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Oavsett om Ni väljer att delta eller ej, kommer Er vård inte att påverkas på något sätt.

För att Er identitet inte ska avslöjas delas frågeformulären ut av mottagningens personal och Ni lägger sedan det besvarade frågeformuläret i en avsedd försluten låda. Ingen på mottagningen kommer att kunna läsa Ert svar. Uppgifterna som samlas in kommer endast att användas för denna studie.

Vi hoppas på Er medverkan då den är av betydelse för utveckling av framtida vård.

Jennie Carlsson

Jönköpingsgatan 30b

252 52 Helsingborg

042/13 62 55

jennielcarlsson@telia.com

Sofie Nilsson

Handelsmansgatan 1a

252 49 Helsingborg

042/28 14 66

bjork-nilsson@swipnet.se

Handledare: Christina Friberg 046/ 222 18 34

Författarnas

signaturer: _____

LUNDS UNIVERSITET

Lund 030327

Medicinska fakulteten

Institutionen för omvårdnad

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng

Studerande: Jennie Carlsson & Sofie Nilsson

TILL VERKSAMHETSCHEFEN FÖR MEDICINKLINIKEN

Ansökan om att få utföra en studie angående diabetespatienters upplevelser av information.

Vi är två sjuksköterskestuderande som går sista året på utbildningen och förbereder oss för vår kandidatuppsats. Uppsatsens syfte är att undersöka diabetespatienters upplevelser av den information som de fått på diabetesmottagningen. Vi har valt att använda oss av ett väl utarbetat frågeformulär, kvalitet ur patienters perspektiv (KUPP). Avsikten är att 80 patienter över 18 år som har diabetes ska ingå i

studien. För att inte patienternas identitet ska avslöjas delas frågeformulären ut av mottagningens personal och lägges sedan i en avsedd försluten låda. Patienternas frivillighet att delta såväl som deras anonymitet poängteras i det informations brev som medföljer frågeformuläret.

Uppgifterna som samlas in kommer endast att användas för denna studie.

Vid eventuellt godkännande av studien var vänlig signera FEK-ansökan.

Vi vore mycket tacksamma om vi fick genomföra denna studie hos er. För mer detaljerad information var vänlig se projektplanen. Om Ni har ytterligare funderingar över vad studien innebär går det bra att kontakta oss.

Jennie Carlsson
Jönköpingsgatan 30b
252 52 Helsingborg
042/13 62 55
jenniecarlsson@telia.com

Sofie Nilsson
Handelsmansgatan 1a
252 49 Helsingborg
042/28 14 66
bjork-nilsson@swipnet.se

Handledare: Christina Friberg 046/222 18 34

Godkännes_____

Godkännes

ej_____

Signatur_____

LUNDS UNIVERSITET

Lund 030327

Medicinska fakulteten

Institutionen för omvårdnad

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng

Studera: Jennie Carlsson & Sofie Nilsson

TILL AVDELNINGSFÖRESTÅNDARE VID
DIABETESMOTTAGNINGEN

Angående utförandet av en studie om diabetespatienters upplevelser av information.

Vi är två sjuksköterskestuderande som går sista året på utbildningen och förbereder oss för vår kandidatuppsats. Uppsatsens syfte är att undersöka diabetespatienters upplevelser av den information som de fått på diabetesmottagningen. Vi har valt att använda oss av ett väl utarbetat frågeformulär, kvalitet ur patienters perspektiv (KUPP).

Avsikten är att 80 patienter över 18 år som har diabetes ska ingå i studien. För att inte patienternas identitet ska avslöjas delas frågeformulären ut av mottagningens personal och läggs sedan i en avsedd försluten låda. Patienternas frivillighet att delta såväl som deras anonymitet poängteras i det informationsbrev som medföljer frågeformuläret.

Uppgifterna som samlas in kommer endast att användas för denna studie.

Vi är mycket tacksamma för att få genomföra denna studie hos er. För mer detaljerad information var vänlig se projektplanen. Om Ni har ytterligare funderingar över vad studien innebär går det bra att kontakta oss.

Jennie Carlsson
Jönköpingsgatan 30b
252 52 Helsingborg
042/13 62 55
jenniecarlsson@telia.com

Sofie Nilsson
Handelsmansgatan 1a
252 49 Helsingborg
042/28 14 66
bjork-nilsson@swipnet.se

Handledare: Christina Friberg 046/222 18 34