



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Diabetessjuksköterskans uppfattning om vad certifiering av vårdcentralens diabetesmottagning inneburit för enheten

- En intervjustudie

Författare: Freja Borg och Catarina Ivarsson

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Diabetessjuksköterskans uppfattning om vad certifiering av vårdcentralens diabetesmottagning inneburit för enheten

- En intervjustudie

Författare: Freja Borg och Catarina Ivarsson

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

## Abstrakt

**Bakgrund:** Diabetes typ 2 är en kronisk och ökande folksjukdom som kräver livslång behandling. Primärvården bedriver särskilda diabetesmottagningar där diabetessjuksköterskan har en nyckelfunktion tack vare sin kompetens. För att göra vården mer evidensbaserad, säkerställa dess kvalitet och jämlik för personer med diabetes har diabetesmottagningar i primärvården i Skåne sedan 2016 certifierats. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka diabetessjuksköterskans uppfattning om vad certifiering av vårdcentralens diabetesmottagning inneburit för enheten. **Metod:** Kvalitativa semistrukturerade intervjuer utfördes med 12 diabetessjuksköterskor på certifierade diabetesmottagningar i Region Skåne. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Certifiering av diabetesmottagningen innebar möjligheter för enheten tack vare att arbetet synlig- och tydliggjorts. Certifieringen uppfattades ge en ökad vårdkvalitet då diabetesmottagningen hade fått en kvalitetsstämpel eftersom vissa krav uppfylldes. Certifieringen innebar även utmaningar för enheten vid personalbrist vilket kunde innebära att kraven för certifiering inte kunde uppfyllas. **Konklusion:** Diabetessjuksköterskan uppfattade att certifiering av diabetesmottagningen innebar möjligheter, ökad vårdkvalitet men också utmaningar för enheten. Prioriteras den certifierade diabetesmottagningen kan detta innebära en stor vinst för diabetesvården.

## Nyckelord

Diabetes typ 2, Certifiering, Specialistsjuksköterska, Personcentrerad vård, Uppfattning.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Diabetes typ 2 och behandling .....	6
Sjuksköterska på diabetesmottagning .....	7
Certifierad diabetesmottagning i primärvården i Skåne.....	8
Certifieringskraven för diabetesmottagning .....	9
Syfte .....	9
Metod .....	9
Urval .....	10
Instrument.....	10
Datainsamling .....	11
Analys av data .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	13
Möjligheter för enheten.....	14
Användbart redskap .....	14
Avlastning för enheten.....	15
Ökad kunskap.....	15
Ökad vårdkvalitet.....	16
Stolthet .....	16
Självständighet .....	16
Kvalitetsstämpel .....	17
Utmaningar för enheten.....	17
Svårigheter att fortsätta uppfylla kraven för certifiering .....	18
En prövning att skapa medvetenhet hos medarbetarna.....	18
Diskussion .....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21

Konklusion och implikation .....	25
Referenser.....	26
Bilaga 1 (1).....	32

# Introduktion

## Problemområde

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som kräver livslång behandling genom kost, fysisk aktivitet, medicinering, regelbunden screening och behandling av komplikationer. Globalt är diabetes en ökande folksjukdom och tolkas som ett resultat av övervikt och fysisk inaktivitet (World Health Organization, 2016). Enligt Socialstyrelsens (2017) beräkningar uppskattas cirka 4–6 % av Sveriges befolkning i åldern 16–84 år ha diabetes där majoriteten utgörs av diabetes typ 2. Dessutom tros det finnas ett stort mörkertal av personer med diabetes som ännu ej diagnostiserats (a.a.). Samhällskostnaderna för diabetesvården förväntas öka på grund av att allt fler personer med typ 2 diabetes behandlas farmakologiskt samt för att bekosta de komplikationer som den kroniska sjukdomen kan innebära (Socialstyrelsens, 2017; Jansson et al. 2015).

Socialstyrelsen (2017) ger rekommendationer om hur vården av vuxna med diabetes ska ges. En del i diabetesvården är att bedriva särskild mottagning riktad mot diabetes där diabetessjuksköterskan har en nyckelfunktion tack vare sin kunskap och kompetens. För att personer med diabetes ska erhålla en individanpassad vård är ett personcentrerat förhållningssätt att föredra (a.a.). Det finns en hel del forskning som beskriver patienternas upplevelser och syn på både diabetesvården och diabetessjuksköterskans betydelse, men det saknas forskning om diabetessjuksköterskans upplevelse av diabetesvården, den specifika mottagningens betydelse och innebörd för professionen och organisationen. Det finns dock forskning som pekar på att diabetessjuksköterskan finner diabetesmottagningen ostrukturerad vilket inte alltid möjliggör ett personcentrerat arbetssätt som rekommenderas (Boström, Isaksson, Lundman, Lehluante & Hörnsten, 2013; Boström, Lundman, Egan Sjölander & Hörnsten, 2012).

För att göra vården mer evidensbaserad och jämlik för personer med diabetes har diabetesmottagningar i primärvården i Skåne sedan januari 2016 certifierats. Ännu har inga klara skillnader mellan certifierade och icke certifierade enheter kunnat påvisas gällande registrerade patienters HbA1c, BMI, fysisk aktivitet, blodtryck och U-albumin. En förklaring

till detta kan vara den korta tidsaspekten från certifiering till uppföljning enligt en rapport (Drevenhorn, 2017). I rapporten ställs frågor kring vad certifiering inneburit för enheterna. För att få svar på frågorna behövde diabetessjuksköterskornas syn på certifieringen undersökas.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Som referensram har personcentrerad vård valts, vilken kan beskrivas som ett holistiskt arbetssätt där hänsyn tas till hela människan och där ett partnerskap mellan vårdpersonal och patient är grundläggande med fokus på överenskommelsen, patientberättelsen och dokumentationen (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Att arbeta personcentrerat kan låta som en självklarhet och enkelt men kräver träning och stöd till personalen enligt Boström, Isaksson, Lundman, Lehuluante och Hörnsten (2013). De lyfter både att diabetessjuksköterskan fann den patientcentrerade vården givande, men också tidskrävande och stundtals komplicerad vilket även överensstämmer med vad Oppert, O’Keeffe och Duong (2018) fann när hinder för en personcentrerad vård undersöktes. Utbildning och stöd till träning för diabetessjuksköterskor inom personcentrerad vård skulle kunna förbättra och stärka deras färdigheter och möjligheter att i sin tur stödja patienter med diabetes typ 2 till att hantera sin sjukdom (Boström, Isaksson, Lundman, Lehuluante & Hörnsten, 2013). Dessutom finns det studier som påvisar att stora besparingar av vårdkedjans resurser kan uppnås med personcentrerad vård (Ekman et al., 2012; Olsson, Hansson, Ekman & Karlsson, 2009). Trots att personcentrerad vård är rekommenderat i diabetesvården upplevs det av diabetessjuksköterskan som svårt att tillämpa av olika anledningar. Som exempel finner diabetessjuksköterskan sin roll så mångfacetterad att det kan hämma ett personcentrerat arbetssätt. Diabetessjuksköterskans roll måste uppmärksammas för att kunna utvecklas, inte bara för att diabetesvården i sig ska förbättras, utan även för att bibehålla de yrkesverksamma i arbetet (Boström, Lundman, Egan Sjölander & Hörnsten, 2012).

Distriktssköterskan ska arbeta ur ett personcentrerat förhållningssätt för att kunna främja hälsa, stödja och stärka individen och samtidigt bygga på evidensbaserad och beprövad erfarenhet reglerad av gällande lagar och riktlinjer. Utifrån de fyra vetenskapsfälten omvårdnad/vårdvetenskap, folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap och pedagogik och

ledarskap definieras distriktssköterskans kompetensbeskrivning som ska präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt. I distriktssköterskans kompetens och ansvarsområde ingår det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Distriktssköterskan ska stödja patientens autonomi, integritet och delaktighet i sin vård. För att detta ska vara möjligt krävs ett personcentrerat förhållningssätt (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Med fördjupade kunskaper och förskrivningsrätt medförs möjligheter för distriktssköterskan att kunna bedriva specialmottagning inom primärvården (a.a.). Mot denna bakgrund blev studien intressant att genomföra som blivande distriktssköterskor.

### *Diabetes typ 2 och behandling*

I Världshälsoorganisationens globala rapport (WHO, 2016) definieras diabetes som en allvarlig kronisk sjukdom som uppstår antingen när bukspottkörteln inte producerar tillräcklig mängd av hormonet insulin, vilket reglerar blodsockret i kroppen, eller när kroppen inte effektivt kan använda det insulin som produceras. År 2014 uppskattades att 422 miljoner vuxna levde med diabetes globalt jämfört med 108 miljoner år 1980. Prevalensen av diabetes har nästan fördubblats och stigit från 4,7% till 8,5% sedan 1980-talet hos den vuxna befolkningen. Vidare rapporteras diabetes typ 2 som den vanligaste formen av diabetes runtom i världen och är i stort sett ett resultat av övervikt och fysisk inaktivitet. Diabetes kan behandlas och dess konsekvenser undvikas eller fördröjas genom kostförändring, fysisk aktivitet, medicinering, regelbunden screening och behandling av komplikationer (a.a.).

I en studie av Jansson et al. (2015) har det visat sig att prevalensen av farmakologiskt behandlad diabetes i Sverige ökat något, men att incidensen av diabetes snarare minskat vilket går emot forskningsresultat av den globala utvecklingen. Samtidigt belyser författarna att det kan vara för tidigt att dra slutsatser kring dessa resultat då övervikt och fetma stadigt ökar i befolkningen, vilka i sig är riskfaktorer för att utveckla diabetes (a.a.).

Socialstyrelsen (2017) ger 135 rekommendationer och riktlinjer för att vuxna personer med diabetes ska få en god och jämlik vård nationellt varav ca ett femtiotal anses ha särskilt stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation. I rekommendationerna innefattas riktlinjer för prevention och levnadsvanor, omvårdnad, screening, glukoskontroll, hjärt-kärlsjukdom, diabeteskomplikationer samt diabetes vid graviditet. Även rekommendationer kring viktminskande kirurgi samt om glukossänkande

läkemedelsbehandling ges (a.a.). Nationella diabetesregistret, (NDR), är ett kvalitetsregister som har till mål att förbättra diabetesvården i Sverige. Årsrapporter ges ut som innehåller många viktiga observationer för diabetesvården och utgör ett omfattande underlag för förbättringsarbete (Socialstyrelsen, 2017).

Höga krav ställs på sjukvården för att behandla, vårda och preventivt bemöta det vårdbehov som patienter med diabetes genererar. Diabetesvården bygger på teamarbete där diabetesansvarig sjuksköterska/distriktssköterska och läkare har centrala roller men där även andra yrkesgrupper ingår som exempelvis dietister, kuratorer, fysioterapeuter och fotvårdsterapeuter. Teamet och patienten utformar tillsammans mål för behandlingen, som ska baseras på bedömning av livskvalitet och risk för komplikationer. Behandlingen ska bygga på patientens förmåga att ta ansvar och kunna utföra egenvård självständigt (Socialstyrelsen, 2017). Edwall, Hellström, Öhrn och Danielson (2007) belyser i en studie betydelsen för patientens ökade egenvårdskapacitet när tillgång och kontinuitet tillvaratas av att få träffa en diabetessjuksköterska regelbundet. Patienterna utvecklade genom empowerment olika sätt att hantera sin kroniska sjukdom (a.a.). Utifrån ett patientperspektiv kan investeringar i diabetessjuksköterskans regelbundna kontroller möjliggöra att patienten får högkvalitativ diabetesvård och öka följsamheten (Edwall, Hellström, Öhrn & Danielson, 2007; Stenner, Courtenay & Carey, 2010; Azami et al. 2018).

### *Sjuksköterska på diabetesmottagning*

För att som sjuksköterska kunna bedriva en specialmottagning krävs det en vidareutbildning på minst 7,5 högskolepoäng inom det specifika området som berörs (Drevenhorn, Österlund Efraimsson, 2013). Det är effektivt med sjuksköterskor i vården vid kroniska sjukdomar då sjuksköterskans kompetens kompletterar läkarens (Litaker et al. 2013; Taylor, Oberle, Crutcher & Norton, 2005; Mcdowell & Boyd, 2018). Signifikanta förbättringar avseende patienters HbA1c och blodtryck har setts hos patienter med diabetes typ 2 som erhållit sjuksköterskeledd vård (Harris & Cracknell, 2005; Juul, Terkildsen Maindal, Frydenberg, Kolding Kristensen & Sandbaek, 2012). Boyle, Saunders och Drury (2015) bekräftar ur ett patientperspektiv att diabetessjuksköterskan spelar en viktig roll för diabetesvården i teamarbetet med läkaren (a.a.). Patienterna upplever att vården är bättre vid teamvård, vilket stärker sjuksköterskans betydelse i vården av patienter med kroniska sjukdomar (Litaker et al. 2013).



Ytterligare studier visar på betydelsen av teamarbetet och diabetessjuksköterskans viktiga roll i diabetesvården. I en kvalitativ intervjustudie framkommer enligt Noor Abdulhadi, Al-Shafae, Wahlström och Hjelm (2012) att personalen upplevde stora brister i diabetesvården och att de kunde kopplas till organisatoriska problem där brist på samarbete i multidisciplinära team var en faktor. Författarna betonar utifrån resultaten behovet av bättre organisation och jämför med traditionell teamvård i Sverige där diabetessjuksköterskor har en viktig roll och belyser att forskning faktiskt visar på bättre resultat av diabetesvården tack vare diabetessjuksköterskan (a.a.). Ritzhold et al. (2011) framhäver också att läkarna ansåg teamarbetet och kommunikationen med diabetessjuksköterskan som viktig i diabetesvården (a.a.).

Utbildning i personcentrerad vård hos sjuksköterskor kan gynna patienters följsamhet i deras behandling menar Kinmonth, Woodcock, Griffin, Spiegel och Campbell (1998). I distriktssköterskans kompetens och ansvarsområde ingår det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som ska stödja patientens autonomi, integritet och delaktighet i sin vård och för att detta ska vara möjligt krävs ett personcentrerat förhållningssätt. Tack vare distriktssköterskans personcentrerade förhållningsätt som krävs kan hen vara en utmärkt kandidat att driva en diabetesmottagning (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Studier visar att de patienter som är mest nöjda med sin diabetesvård är de som erhåller en personcentrerad vård (Hörnsten, Lundman, Kihl Selstam & Sandström, 2005; Plewnia, Bengel & Körner, 2016). Patienter med diabetes typ 2 föredrar att få stöd och utbildning individuellt snarare än i en grupp för att vara tillräckligt upplysta kring hur komplikationer till följd av sjukdomen kan förebyggas och hanteras (Schjøtz, Bøgelund, Almdal & Willaing, 2011).

### *Certifierad diabetesmottagning i primärvården i Skåne*

I primärvården Skåne finns särskild mottagning för diabetes där råd, stöd och behandling erbjuds av personal med specialkompetens inom området. Dessutom erbjuds hjälp med att sluta röka, kost och motion. På mottagningarna arbetar personalen i team som oftast består av läkare och diabetessjuksköterska men även andra yrkesgrupper som kan kopplas in vid behov (Johansson, 2018).

I Region Skåne finns det sedan januari 2016 tre stycken diabetessamordnare på Kompetenscentrum för primärvård i Skåne. För att förbättra omhändertagandet av personer med diabetes i primärvården har dessa samordnare fått i uppdrag att bland annat certifiera diabetesmottagningar. Detta var ett politiskt beslut vars syfte var att göra diabetesvården inom Region Skånes ackrediterade hälsovalsenheter mer jämlik, evidensbaserad samt för att säkerställa dess kvalitet (Drevenhorn, 2017).

### **Certifieringskraven för diabetesmottagning**

Certifierade diabetesmottagningar ska uppfylla följande högt ställda krav som regelbundet kontrolleras av Region Skåne:

- Sjuksköterska/distriktssköterska med minst 15 högskolepoäng inom diabetesvård anställd på hälsovalsenhet
- Medicinskt ansvarig läkare med intresse för diabetes på hälsovalsenheten
- Minst 100 listade personer med diabetes på hälsovalsenheten
- Maximalt 400 personer med diabetes/100 % diabetessjuksköterska arbetande med diabetes (benämns som ledtal)
- Hela diabetesteamet ska årligen delta i heldagsutbildning inom diabetesområdet – arrangerad av uppdragsgivaren
- Kallelsesystem för personer med diabetes ska finnas

Av Region Skånes 147 hälsovalsenheter med diabetesmottagning har cirka en tredjedel certifierats sedan starten i januari 2016 (Johansson, 2018).

### **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka diabetessjuksköterskans uppfattning om vad certifiering av vårdcentralens diabetesmottagning inneburit för enheten.

### **Metod**

Det ursprungliga metodvalet var att genomföra fokusgruppsintervjuer vilket är en form av gruppintervju där deltagarna diskuterar ett utvalt ämne under en begränsad tid för att generera ett rikt material (Wibeck, 2012). Dock var det svårt att rekrytera deltagare då de upplevde att

de inte kunde avsätta den tid som en fokusgruppsintervju kräver. Enligt Wibeck (2012) kan det vara ett dilemma att finna tid, plats och rum vid ett och samma tillfälle för att träffas, vilket författarna fick erfara (a.a.). Detta ledde till att metoden ändrades och istället genomfördes enskilda intervjuer där 12 diabetessjuksköterskor deltog. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). Kvalitativ studiedesign har till sitt syfte att studera och beskriva personers erfarenheter av ett fenomen där intervjuer är lämpligt att använda sig av för datainsamling. En persons upplevda erfarenhet innebär varken något rätt eller fel svar utan används för att skapa förståelse och insikt om ett visst fenomen (Danielsson, 2017a).

## **Urval**

För att få ett lämpligt urval i förhållandet till syftet inkluderades endast diabetessjuksköterskor verksamma på certifierade diabetesmottagningar. Inga andra specifika inklusionskriterier ställdes på deltagarna. Totalt tillfrågades 61 verksamhetschefer på enheter med certifierad diabetesmottagning i Region Skåne via e-post om samtycke till medverkan i studien med en målsättning på att rekrytera 15 deltagare. Då responsen från verksamhetscheferna var låg kontaktades istället diabetessjuksköterskorna direkt per telefon för att undersöka intresset av deltagande i studien. Detta resulterade i att 13 deltagare med muntligt godkännande från respektive verksamhetschef kunde bokas för intervju. Då en deltagare föll bort på grund av sjukdom ingick slutligen 12 diabetessjuksköterskor på certifierade diabetesmottagningar i studien. Andelen deltagare inom privat och offentlig sektor samt på landsbygd och i stor stad fördelades jämnt av en slump. Deltagarnas specialutbildning inom diabetes varierade från 7,5–30 högskolepoäng och fyra deltagare hade även distriktssköterskeutbildning. Samtliga deltagare var kvinnor och hade arbetat på certifierad diabetesmottagning i 1–2,5 år och mer än hälften hade dessutom erfarenhet av icke certifierad diabetesmottagning.

## **Instrument**

Individuella semistrukturerade intervjuer med diabetessjuksköterskor utfördes under hösten 2018 på certifierade diabetesmottagningar i Region Skåne. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) fungerar denna sorts intervju som ett vanligt samtal men har ett specifikt ändamål. Som stöd under intervjun användes en intervjuguide vilket Danielsson (2017b) menar är grunden till samtalet (a.a.). Intervjuguiden (Bilaga 1) bestod av en huvudfråga samt olika frågeområden som planerades att belysas om det inte skedde naturligt i samtalet. För att få

svar med djupare innehåll användes även följdfrågor som hjälpte deltagaren att utveckla sitt resonemang i frågan. Intervjuguiden var även försedd med ett antal bakgrundsfrågor som ställdes till samtliga deltagare för att få en samlad bild av deltagarnas bakgrund.

Bakgrundsfrågorna gav svar på vilken vidareutbildning diabetessjuksköterskorna hade utöver sin sjuksköterskeexamen. Frågor som även belystes var hur länge diabetessjuksköterskorna hade arbetat på den certifierade diabetesmottagningen och om de hade erfarenhet av arbete på icke certifierad diabetesmottagning. Den sista frågan handlade om hur mycket tid per vecka som diabetessjuksköterskorna avsatte till den certifierade diabetesmottagningen.

## **Datainsamling**

De 12 intervjuerna genomfördes i form av samtal på deltagarnas arbetsplatser och pågick i cirka 20–25 minuter på avtalad tidpunkt som deltagarna själva fick bestämma. Författarna deltog i samtliga intervjuer och turades om att genomföra intervjuerna. Inför respektive intervju informerades deltagaren muntligt om studiens syfte och intervjuens upplägg.

Deltagaren gavs också möjlighet att ställa frågor. Samtalen spelades in via röstmemo på en smartphone och avlyssnades och analyserades i efterhand. Kvale och Brinkmann (2014) rekommenderar att utföra pilotintervjuer för att kvaliteten på frågorna ska testas och för att ge intervjuaren erfarenhet (a.a.). Den allra första intervjun genomfördes som en pilotintervju, transkriberades och skickades till handledaren för granskning. Detta föranledde inga förändringar i intervjuguiden, varpå intervjun således kunde inkluderas i studien.

## **Analys av data**

Reflektion och samtal kring intervjuerna skedde omgående efter varje genomförd intervju mellan författarna som ett första steg i analysprocessen. Inspelningarna började transkriberas inom ett dygn för att inte gå miste om viktiga detaljer. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och analyserades induktivt med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Induktiv ansats betyder att analysen sker förutsättningslöst genom att utgå från textens innehåll, dvs att författarna inte har någon förutfattad teori om resultatet (Danielsson, 2017a). För att få en grundläggande förståelse för innehållet lästes de utskrivna intervjutexterna flera gånger innan själva analysen påbörjades. Intervjutext som svarade på syftet bröts ner i meningsbärande enheter och kondenserades för att bli mer lätthanterliga. Därefter tilldelades kondenseringarna koder som kunde representera huvudinnehållet. Kodernas innehåll jämfördes gemensamt av författarna för att hitta likheter och olikheter. Koder med liknande

innehåll fördelades sedan i grupper, diskuterades och beskrevs med hjälp av åtta stycken subkategorier. Därefter jämfördes och grupperades subkategorierna och tre kategorier framträdde. Exempel från analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel från analysprocessen.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
“För mig är det ett redskap att använda mot verksamhetschefen för att få, få en...vettig arbetsmiljö kan man väl säga, eller att få...tid till mina patienter...”	Ett redskap att använda mot verksamhetschefen för att få en vettig arbetsmiljö och få tid till mina patienter.	Redskap att använda mot verksamhetschefen	Användbart redskap	Möjligheter för enheten
“...en verksamhet som man kan känna sig stolt över och som man liksom har kontroll på, det är liksom inte bara mottagningar som ska vara...”	En kontrollerad verksamhet som man är stolt över	En verksamhet man är stolt över	Stolthet	Ökad vårdkvalitet
”...vi har annons ute och söker diabetessköterska men det är lite brist på dem...”	Det är brist på diabetessköterskor men vi söker efter ny medarbetare	Brist på diabetessjuksköterskor	Svårigheter att fortsätta uppfylla kraven för certifiering	Utmaningar för enheten

## **Forskningsetiska avvägningar**

I “God forskningssed”, publicerat av Vetenskapsrådet (2017), behandlas forskningsetiska principer och presenteras likt en guide för att som forskare kunna fatta genomtänkta forskningsetiska beslut. För att skydda deltagare i studier finns fyra huvudsakliga krav på forskningen: Informationskravet, Samtyckeskravet, Konfidentialitetskravet och Nyttjandekravet. När dessa krav är uppfylla kan det grundläggande individskyddskravet för deltagarna säkras. För att handla etiskt riktigt gentemot en studies deltagare finns samlingar av riktlinjer, så kallade kodexar, som åligger forskaren att följa varav den viktigaste kodexen är Helsingforsdeklarationen som antogs 1964 av World Medical Association, senast reviderad

2013. En av de främsta principerna i deklARATIONEN är att individens väl alltid måste gå före forskningens intresse. Riktlinjerna rekommenderas starkt att följas vid all forskning och är utarbetade på moraliska grunder och bör ses som normer ur ett forskningsetiskt perspektiv.

Hänsyn togs till forskningsetiska riktlinjer med syfte att skydda deltagarna i studien. Berörda deltagare erhöLL via e-post information om studien, dess syfte, deltagandets frivillighet samt rätten till att avbryta sin medverkan utan att behöva uppge orsak. Deltagarna erhöLL även denna information muntligt inför intervjutillfället. Deltagare som valde att ingå i studien lämnade sitt skriftliga samtycke vid intervjutillfället innan intervjun påbörjades. Även verksamhetschefens skriftliga samtycke överlämnades av diabetessjuksköterskan innan intervjun.

Uppgifter om deltagarna i studien och deras personuppgifter har avkodats och förvaras så att obehöriga inte kan identifiera deltagarna. Efter godkänd magisteruppsats kommer all insamlad data att förstöras och raderas. Insamlade data kommer inte att användas för annat syfte än avsett i aktuell studie. Ansökan om etiskt yttrande för studien skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN, Institutionen för hälsovetenskaper, Medicinska fakulteten, Lunds universitet. Studien kunde genomföras utan invändningar från VEN.

## Resultat

Analysen av datamaterialet resulterade i tre övergripande kategorier och åtta subkategorier vilka presenteras i tabell 2. Resultatet presenteras med dessa som rubriker. Utvalda citat kommer att delges för att beskriva subkategorierna och anges med deltagarens intervjunummer.

Tabell 2. Presentation av funna subkategorier och kategorier.

Kategorier	Subkategorier
Möjligheter för enheten	Användbart redskap Avlastning för enheten Ökad kunskap
Ökad vårdkvalité	Stolthet Självständighet Kvalitetsstämpel
Utmaningar för enheten	Svårigheter att fortsätta uppfylla kraven för certifiering En prövning att skapa medvetenhet hos medarbetarna

### **Möjligheter för enheten**

Denna kategori innefattar subkategorierna Användbart redskap, Avlastning för enheten och Ökad kunskap. Certifieringen upplevdes inte ha inneburit någon större skillnad i arbetssättet, däremot hade strukturen på diabetesmottagningen förtydligats. Detta gav en möjlighet att använda certifieringen som ett redskap för att ställa olika krav på chefen för att få exempelvis tid för arbete och utbildning. Utöver detta sågs certifieringen som en möjlighet att avlasta hela enheten och ett sätt att få ökad kunskap tack vare de certifieringsgrundande utbildningarna.

#### *Användbart redskap*

Certifieringen upplevdes inte ha inneburit någon större skillnad i arbetssättet, men det hade blivit mer synligt och tydligt hur diabetesmottagningen skulle bedrivas. Deltagarna uttryckte att de redan innan certifieringen utarbetat en bra diabetesmottagning med en tydlig struktur. Därför blev det enkelt att driva frågan att bli certifierad och sågs mer som ett sätt att visa utåt på god kvalitet och vad diabetesmottagningen kunde uppfylla. Att ha en drivande chef ansågs också vara av betydelse för att kunna fortsätta att vara certifierad, men krävde chefens förståelse om betydelsen av en välfungerande diabetesmottagning. Deltagarna menade också att den ekonomiska ersättningen var viktig för chefen och bidrog till att chefen drev på och stöttade arbetet på diabetesmottagningen.

Deltagarna upplevde en möjlighet att använda certifieringen som ett viktigt redskap för att ställa krav på chef och ledning för att kunna få tid enligt ledtalen till diabetesmottagningen. Certifieringskraven kunde även användas som ett stöd för att bland annat få tid avsatt till diabetesmottagningen samt som ett argument för att inte förlora certifieringen. Framförallt lyftes att tiden som en diabetesmottagning faktiskt kräver hade blivit tydligare och kunde

motiveras och därmed krävas av chefen. Att hänvisa till certifieringskraven i situationer där personal saknades blev därmed en möjlighet för diabetesmottagningen att kunna bli prioriterad i verksamheten.

*“För mig är det ett redskap att använda mot verksamhetschefen för att få, få en [...] tid till mina patienter. Det övriga som är krav det hade vi redan...men just det här att kunna ha något att ställa emot...ska man göra ett vettigt jobb så måste man ha tid, så då tycker jag att är ett jättebra redskap...”* (Intervju 5)

### **Avlastning för enheten**

Deltagarna upplevde att de hade mer tid avsatt än kollegor på icke certifierade diabetesmottagningar. Genom att tid avsattes enligt ledtalen kunde diabetesmottagningen bli välfungerade och andra besök för personer med diabetes på enheten minskas. Eftersom tillräcklig tid avsattes kunde diabetessjuksköterskan ta ett helhetsgrepp om patienten vilket kunde frigöra tid till läkarna. Läkarna blev avlastade eftersom diabetessjuksköterskan med sin fördjupade diabeteskunskap och tillräcklig tid kunde ta hand om hela patienten. Detta kunde möjliggöra en allmän ökad tillgänglighet på enheten.

*“Ja, främst för läkarna, läkarna är ju väldigt glada för oss diabetessköterskor, för vi gör ju faktiskt väldigt mycket av deras arbete egentligen och avlastar dem väldigt mycket, det tror jag är, det har kanske gått upp lite att har vi tid avsatt så har vi möjlighet att ta mycket av det som kanske avhandlas på doktor besöket annars så kommer de till oss istället...”* (Intervju 7)

### **Ökad kunskap**

Certifieringen medförde obligatoriska utbildningar för hela diabetesteamet, vilka ansågs vara viktiga. Det var ett sätt att bli uppdaterad och en möjlighet att öka sin kunskap. Dessutom blev det en motivation och en möjlighet att samla ett kompetent team med flera yrkeskategorier. Varje yrkeskategori i teamet kompletterade varandra med sin specifika kompetens vilket också ansågs vara nödvändigt för att kunna ge en bra diabetesvård. Deltagarna beskrev att teamet hade blivit mer tydligt och stärkt av certifieringen om läkarna var extra intresserade av diabetesvård och var öppna för nya behandlingsmöjligheter. Nätverksträffar med andra diabetessjuksköterskor och möjligheten att vända sig till diabetessamordnarna sågs också som värdefulla forum för att öka kunskapen.



*“...den har även inneburit att vi har fått komma iväg på utbildningar som har varit för diabetes och då även i teamet att hela teamet skulle gå och då är det även sjukgymnasten här, också läkarna också vi sjuksköterskor, det har varit jättebra utbildningar verkligen så det motiverar ju en lite...”* (Intervju 12)

## **Ökad vårdkvalitet**

Denna kategori innefattar subkategorierna Stolthet, Självständighet och Kvalitetsstämpel. Här beskrivs uppfattningar om vilken förtjänst den certifierade diabetesmottagningen kunde innebära. Deltagarna kände sig stolta över att bedriva en god diabetesvård, att den gav möjlighet till att arbeta mer självständigt och att diabetesmottagningen fått en kvalitetsstämpel eftersom krav uppfylldes.

### *Stolthet*

Deltagarna belyste stoltheten i att tillhöra en vårdcentral med certifierad diabetesmottagning. Certifieringen sågs som ett sätt att förknippas med avancerat arbete vilket skulle kunna ge patienterna en ökad vårdkvalitet. Det omfattande arbete som diabetesmottagningen krävde lyftes genom certifieringen och gav en yrkesstolthet och nöjdhet. Behovet av diabetessjuksköterskan upplevdes de togs mer på allvar och deltagarna uttryckte en glädje och tacksamhet över sin diabetesmottagning.

*“...ja det blir ju en liten stolthet för det är ju ...ett bevis på att det är bra kvalitet...så känner jag det i alla fall[...]och när man liksom lockar med det och säger det så tror jag att det är så patienterna tolkar det också att det är bra...diabetessjukvård helt enkelt...”* (Intervju 6)

### *Självständighet*

Att själv få styra sin egen mottagning och ta ett helhetsgrepp om patienterna samspelade med deltagarnas syn på självständighet på diabetesmottagningen. Det upplevdes som en frihet att styra sin egen mottagning och ha förtroende från ledningen, vilket kunde bidra till goda möjligheter att utföra ett bra jobb och skapa en vettig arbetsmiljö utan stress. Dessutom sågs självständigheten och friheten som ett sätt att få kontroll över arbetet på diabetesmottagningen och därmed öka vårdkvalitén. Diabetessjuksköterskan kände sig självständig i sitt arbete och menade att det var tack vare sin djupa diabeteskompetens som hen klarade av att hantera allt

kring patienten. Förtroendet från läkarna upplevdes som stort och att förslag på olika behandlingar eller undersökningar som diabetessjuksköterskan rekommenderade också accepterades.

*“Vi gör ju jättemycket faktiskt av läkarnas jobb när vi tar hand om de patienterna, det är oftast jag som föreslår läkemedel eller gör titrera upp och ner och sätter in och sätter ut läkemedel så att dem kommer oftast till oss och frågar faktiskt...”* (Intervju 12)

### **Kvalitetsstämpel**

Deltagarna beskrev att certifieringen medförde ett kvitto på att mottagningen bedrevs med kvalitet i åtanke där patienten stod i fokus. Det ansågs vara en statusmarkering och en kvalitetsstämpel för hela enheten att bedriva en diabetesmottagning som uppfyllde certifieringskraven. Diabetesmottagningen blev genom certifieringen synlig för omgivningen och visade på hög kvalitet, som ett diplom för ett väl utfört arbete. Ett steg mot att jämställa och öka kvalitén på diabetesvården för patienter från olika samhällsklasser var också en tanke om certifieringens innebörd.

*“Alltså det är ett steg på vägen tycker jag mot att man liksom jobbar på samma sätt, inom hela regionen och kanske inom hela Sverige också för den delen. Att patienterna ska kunna förvänta sig att få samma vård vart den än kommer...så jag tycker absolut att det är ett steg i rätt riktning...”* (Intervju 9)

### **Utmaningar för enheten**

Denna kategori innehåller subkategorierna Svårigheter att fortsätta uppfylla kraven för certifiering och En prövning att skapa medvetenhet hos medarbetarna. Här beskrivs certifieringens utmaningar som enheterna kunde ställas inför. Personalbrist och rekryteringsproblem sågs som de mest primära utmaningarna för enheterna att hantera, vilka kunde leda till svårigheter att uppfylla certifieringskraven. Att skapa en medvetenhet om certifieringens betydelse hos medarbetarna kunde innebära en prövning om intresset på enheten för diabetesmottagningen var lågt.

### *Svårigheter att fortsätta uppfylla kraven för certifiering*

Att fortsätta uppfylla kraven för certifiering kunde försvåras genom personalflykt och personalbrist på enheten. Svårigheter med att rekrytera sjuksköterskor till det sedvanliga vårdcentralsarbetet ansågs vara en utmaning då diabetessjuksköterskan kände sig splittrad när hen fick täcka upp för olika arbetsuppgifter. Vid personalbrist fick diabetesmottagningen ofta stå tillbaka då patienter på enheten med större medicinskt behov prioriterades, vilket resulterade i längre väntetider än planerat för diabetespatienterna. Sommaruppehåll på enheten kunde också innebära att diabetessjuksköterskan fick täcka upp för annat arbete, vilket innebar att diabetesmottagningen belastades mer under resten av året. Möjligheten att driva en planerad diabetesvård med årskontroller och uppföljningar försvårades då liksom möjligheten att uppfylla certifieringskraven. Det fanns en önskan om att få utveckla diabetesmottagningen exempelvis med patientutbildning, men detta kunde inte stödjas fullt ut av enheten då personalbrist hindrade sådan utveckling. Personalflykt kunde medföra att enheten förlorade värdefull kompetens, vilket kunde påverka diabetesmottagningen negativt.

Deltagarna saknade tillräcklig tillsyn för att se om certifieringskraven uppfylldes på enheterna, då kontrollerna endast bestod av självrapportering. Funderingar fanns på att plocka bort certifieringen tillfälligt då kraven inte kunde uppfyllas och då diabetesmottagningen inte borde få kallas certifierad.

*“...alltså sen får vi inte nya sjuksköterskor på de här tjänsterna som ska sitta i telefon och ha triage och så att man ska splittra sig mellan så blir det ju inte...alltså så som det ska vara ju ...”* (Intervju 10)

### *En prövning att skapa medvetenhet hos medarbetarna*

En instabil ledning med flera chefsbyten sågs också som en utmaning för att kunna fortsätta uppfylla certifieringskraven då medvetenheten om diabetesmottagningens betydelse för enheten kunde vara låg. Det kunde också innebära en prövning att skapa medvetenhet om certifieringen ifall övriga medarbetare och diabetesteamet hade ett lågt intresse för diabetesmottagningen. Att informera och uppdatera enheten om diabetesmottagningens certifiering skedde dock inte regelbundet och var heller inget som togs upp på möten på enheterna.

*“...jag vet inte om de tänker så mycket på det faktiskt...alltså de tycker, jag sköter mottagningen de är nog inte så involverade det tycker jag inte...det är kanske för man har det själv, jag vet inte...” (Intervju 8)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka diabetessjuksköterskans uppfattning om vad certifiering av vårdcentralens diabetesmottagning inneburit för enheten. För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ intervjumetod vilket är en lämplig metod att använda när erfarenheter av ett fenomen ska beskrivas och skapa trovärdighet till studien (Danielsson, 2017a; Graneheim & Lundman, 2004). Analysen skedde induktivt (Graneheim & Lundman, 2004), vilket innebär att författarna inte hade någon hypotes om vad resultatet skulle visa. Dock diskuterades författarnas förståelse för certifieringskraven och primärvårdens organisation tillsammans med handledaren inför analysprocessen då detta är viktigt eftersom det kan påverka hur datamaterialet tolkas (a.a.).

Det primära metodvalet var att genomföra fokusgruppsintervjuer för att inhämta ett så rikt material som möjligt för att besvara syftet. Fördelar med fokusgruppsintervju är att intressanta diskussioner kan uppstå som belyser det utvalda ämnet genom utbyte av deltagarnas erfarenheter (Wibeck, 2012). Tyvärr märkte författarna vid rekryteringen av deltagare till fokusgruppsintervjuerna att intresset för att medverka i studien var lågt. Författarna fick erfara att verksamhetschefer och diabetessjuksköterskor upplevde att de inte kunde avsätta den tid som fokusgruppsintervjuer kräver. Detta ledde till att intervjumetoden ändrades till enskilda intervjuer, vilket ökade intresset då fler diabetessjuksköterskor fann det tidsmässigt möjligt att delta i studien. Det är svårt att bedöma om fokusgruppsintervjuer hade givit ett rikare resultat eftersom författarna saknar denna erfarenhet av intervjumetod. Däremot kan författarna misstänka att datainsamling vid fokusgruppsintervjuer hade kunnat generera innehållsrika diskussioner och kanske ett djupare innehåll än vad som erhöles vid de enskilda intervjuerna.

Totalt tillfrågades 61 verksamhetschefer om samtycke till medverkan i studien. Då responsen från verksamhetscheferna var låg kontaktades istället enheterna direkt per telefon. Författarna

märkte att många diabetessjuksköterskor fortfarande avböjde medverkan med anledning av att de skulle sluta eller tidsbrist, men slutligen kunde 12 diabetessjuksköterskor intervjuas av de planerade 15. Författarna ansåg att resultatet av datainsamlingen var tillräckligt i förhållandet till antalet deltagare eftersom intervjuerna innehöll svar som besvarade studiens syfte. Ett större antal deltagare hade kanske givit fler aspekter på ämnet och på så sätt stärkt innehållet i resultatet, men detta ansågs inte nödvändigt då syftet blev besvarat. För att bedöma om intervjumaterialet är tillräckligt stort för att besvara ett syfte varierar beroende på fenomenet som ska studeras och kvaliteten på insamlat material (Graneheim & Lundman, 2004). Andelen deltagare inom privat och offentlig sektor samt på landsbygd och i storstad fördelades jämnt av en slump, vilket upplevdes som en styrka för resultatet och gav författarna en varierad och bred inblick av certifierade diabetesmottagningar. Samtliga deltagare i studien var kvinnor, vilket skulle kunna ses som en svaghet ur ett genusperspektiv. Manliga deltagares syn på certifieringens innebörd skulle kunna innebära en rikare variation i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Individuella semistrukturerade intervjuer användes för att skapa ett öppet och fritt samtal med deltagaren. För att skapa ett förtroende och relation samtalade författarna och deltagarna en stund före själva intervjun. Till hjälp under själva intervjun hade författarna utarbetat en intervjuguide som användes som ett stöd och underlag för samtalet. Författarna hade för avsikt att använda intervjuguiden på samma sätt vid varje intervju, men märkte att innehållet i samtalen förändrades dels beroende på hur samtalet utvecklades i frågeområdena och dels vilka följdfrågor som användes. Då författarna är oerfarna av intervjuteknik finns det en risk att svaren inte blivit helt uttömmande, då följdfrågorna inte använts på ett korrekt sätt, vilket kan ha påverkat resultatet. Intervjuerna utfördes på deltagarnas arbetsplatser i avskilda rum från övrig verksamhet. Det var ytterst få avbrott under samtalen men författarna upplevde att deltagarna gav ett stressat intryck under den avsatta tiden för intervjun. Detta kan möjligtvis ha påverkat samtalet i form av att deltagarna gav korta koncisa svar som i sin tur påverkade intervjuaren i samtalet att ställa färre följdfrågor. En annan förklaring kan vara att själva inspelningsproceduren påverkat det naturliga samtalet då det finns risk att deltagarna kände osäkerhet och nervositet. Intervjuerna gav så småningom författarna erfarenheter i intervjuteknik, vilket medförde trygghet och ökat självförtroende vid nästkommande intervju. Kvale och Brinkmann (2014) rekommenderar att utföra pilotintervjuer för att kvaliteten på frågorna ska testas och för att ge intervjuaren erfarenhet, varav den första intervjun genomfördes som en pilotintervju, transkriberades och skickades till handledaren för

granskning. Detta föranledde inga förändringar i intervjuguiden, varpå intervjun således kunde inkluderas i studien.

Författarna började reflektera och diskutera vad som sades efter varje intervjutillfälle. Detta gav en förståelse för intervjuernas innehåll och blev på så sätt ett första steg i analysprocessen. Att båda författarna genomförde samtliga intervjuer tillsammans kan vara en styrka då författarna fick tillgång till samtlig information som deltagarna förmedlade. Intervjutexterna lästes av författarna flera gånger för att skapa sig en helhetsbild och få en fördjupad förståelse för innehållet. För att hitta text som svarade på syftet hade författarna under hela analysprocessen studiens syfte framför sig. För att få en struktur på analysen skapades ett analyschema och för att läsaren ska kunna bedöma trovärdigheten har exempel från analyschemat presenterats (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna diskuterade gemensamt koderna, jämförde skillnader och likheter och kom tillsammans fram till vilka subkategorier och slutligen kategorier som framträdde samt vilka representativa citat som skulle presenteras vilket också stärker trovärdigheten (a.a.). Materialet krävde många diskussioner och bearbetning av författarna tillsammans med handledaren då en del av datan som svarade på syftet till en början var svårplacerad eftersom den verkade passa in i mer än en kategori. Slutligen kom författarna till konsensus och all data som ansågs svara på syftet kunde placeras i lämpliga kategorier.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att certifiering av diabetesmottagningen innebar möjligheter för enheten tack vare att arbetet synlig- och tydliggjorts. Certifieringen upplevdes inte ha inneburit någon större skillnad i arbetssättet, däremot hade diabetesmottagningens struktur förtydligats. Detta gav en möjlighet att använda certifieringen som ett redskap för att ställa olika krav på exempelvis tid och utbildning. Utöver detta sågs certifieringen som en möjlighet att avlasta hela enheten och ett sätt att få ökad kunskap tack vare de certifieringsgrundande utbildningarna. Av resultatet framkom också att certifieringen uppfattades ge en ökad vårdkvalitet på enhetens diabetesmottagning. Det blev ett sätt att visa utåt på god vårdkvalitet och att höga krav kunde uppfyllas. Certifieringen innebar att patienterna kunde veta vad som erbjöds och att de kunde förvänta sig att få rätt diabetesvård. Deltagarna kände sig stolta över att bedriva en god diabetesvård, att den gav möjlighet till att arbeta mer självständigt och att diabetesmottagningen fått en kvalitetsstämpel eftersom vissa krav uppfylldes. Förutom

certifieringens ovan beskrivna förtjänster och fördelar framgick av resultatet också att certifieringen kunde innebära utmaningar för enheten. Svårigheter med personalbrist och att rekrytera ny personal kunde innebära att diabetesmottagningen fick stå tillbaka och diabetessjuksköterskan fick täcka upp för andra delar i verksamheten som behövde prioriteras vilket kunde innebära att kraven för certifiering inte uppfylldes. Att skapa en medvetenhet om certifieringens betydelse hos medarbetarna kunde bli en prövning om intresset på enheten för diabetesmottagningen var låg samt när det inte fanns en naturlig och regelbunden information om certifieringen till medarbetarna.

Författarna har valt att belysa följande tre resultat i diskussionen: Användbart redskap, Kvalitetsstämpel och Svårigheter att fortsätta uppfylla kraven för certifiering. Resultaten som diskuteras anses beskriva deltagarnas uppfattningar väl och ge viktiga och intressanta aspekter på certifieringens innebörd där resonemangen fördjupas genom ett personcentrerat perspektiv.

Genom en certifiering kan diabetessjuksköterskan få mer tid avsatt än tidigare tack vare ledtiden och det skulle kunna upplevas som en möjlighet att arbeta mer personcentrerat. Dock kan det vara diabetessjuksköterskans kunskap och utbildning i hur personcentrerad vård ska bedrivas som behöver stödjas. Boström, Isaksson, Lundman, Lehuluante och Hörnsten (2013) menar att diabetessjuksköterskan finner den personcentrerade diabetesvården givande men komplex att uppnå då bland annat en uppfattning finns att det är ett tidskrävande arbetssätt. Dock dras slutsatsen att det snarare är sjuksköterskans stöd till träning och utbildning i personcentrerad vård som ger förutsättningar än tillräcklig med tid (a.a.). Även sjuksköterskans personliga och professionella färdigheter måste vara utvecklade för att kunna arbeta personcentrerat (McCormack & McCance, 2006). Diabetesvården bör individanpassas och ges med en god och jämställd kvalitet (Socialstyrelsen, 2017), vilket kan tolkas som att ett personcentrerat arbetssätt är att föredra. Forskning finns som visar att utveckling av ett personcentrerat arbetssätt kräver mer tid till en början (Moore et. al, 2017) och där skulle certifieringen i förlängningen kunna bidra tack vare den avsatta tiden för obligatorisk utbildning (a.a.). Den miljö, det vill säga organisationen, som vården bedrivs i måste ge sjuksköterskan tillräckligt med tid för att möjliggöra en personcentrerad vård (McCormack & McCance, 2006). Det finns forskning som pekar på att diabetessjuksköterskan finner det svårt att arbeta personcentrerat på en ostrukturerad diabetesmottagning (Boström, Isaksson, Lundman, Lehuluante & Hörnsten, 2013; Boström, Lundman, Egan Sjölander & Hörnsten,

2012). Genom certifiering kan diabetesmottagningens struktur förtydligas, vilket skulle kunna ge större möjligheter för diabetessjuksköterskan att arbeta mer personcentrerat. Certifieringskraven blev ett användbart redskap vilket skulle kunna förklaras som ett behov av att mer tid önskades utifrån den pressade situation som råder inom primärvården. Hägglund (2010) har sett att sjuksköterskor i primärvården på specialmottagning kan sakna förutsättningar att starta och bibehålla sin specialmottagning bland annat på grund av att organisationen inte avsätter tillräckligt med tid (a.a.). Att sjuksköterskor kan sakna organisatoriska förutsättningar att bedriva en specialmottagning gör det intressant att lyfta att en certifiering kan användas som ett redskap för att få tid. Det blir ett sätt att skydda och prioritera diabetessjuksköterskans viktiga nyckelfunktion och mottagning. Detta kan i förlängningen innebära en vinst för enheten genom att läkarna avlastas och att tid frigörs för dem. Att läkartid frigörs tack vare sjuksköterskans kompetens och kapacitet överensstämmer med vad Eley et al. (2013) fann när möjligheterna som följer av en sjuksköterskeledd vård vid kroniska sjukdomar studerades. Bertakis och Azari (2011) visar att en personcentrerad vård kan förknippas med minskade besök inom sjukvården vilket blir både resurs- och tidssparande (a.a.). Liknande resultat att stora besparingar av vårdkedjans resurser kan uppnås med personcentrerad vård ses även i andra studier (Ekman et al., 2012; Olsson, Hansson, Ekman & Karlsson, 2009). Eftersom certifieringen innebar ett användbart redskap för att få mer tid skulle den tillsammans med ett personcentrerat arbetssätt på diabetesmottagningen således kunna spara mycket resurser och öka tillgängligheten på hela enheten för patienterna. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv skulle detta kunna bidra till minskade kostnader för diabetesvården och öka tillgängligheten för patienter från olika samhällsklasser.

Att certifieringen inneburit en kvalitetsstämpel skulle kunna förklaras genom att diabetesmottagningen nu hade ett slags mätinstrument för att påvisa kvalitén på diabetesvården, dvs. en slags kvalitetsindikator. Uppfylldes de högt ställda kraven på diabetesmottagningen kunde vårdkvalitén både säkras och öka. Tidigare har diabetesvårdens kvalitet endast mätts med hjälp av NDR (Socialstyrelsen, 2017). Framgångsfaktorer inom diabetesvården har identifierats i en jämförande studie där tillgång till diabetessjuksköterska samt tydliga och strukturerade riktlinjer visades ha stor betydelse. Särskilt bra utfall kunde ses i landsting som haft ett flerårigt förbättringsarbete och där diabetesvården satsats på utifrån politiska beslut (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).



Forskning har visat att diabetessjuksköterskan upplever en ideal diabetesvård som komplex att uppnå (Jutterström, Hällgren Graneheim, Isaksson & Hörnsten, 2012). Vad en ideal diabetesvård är beskrivs med hjälp av diabetessjuksköterskans perspektiv på det som eftersträvas i jämförelse med vad verkligheten säger. Bland annat beskrivs en ideal diabetesvård som en sjuksköterskeledd vård med stöd från ledning och en organisation som avsätter tillräckligt med tid men också andra resurser för att kunna nå en hög kvalitet på diabetesvården (Jutterström, Hällgren Graneheim, Isaksson & Hörnsten, 2012; Boström, Hörnsten, Lundman, Stenlund & Isaksson, 2013). Distriktssköterskor har beskrivit att brist på tid och ett arbete med alltför många arbetsuppgifter, som leder till stress, påverkar vårdkvalitén (Nygren Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2015). Eftersom certifieringen innebär en möjlighet till mer tid skulle det kunna ses som en viktig del mot att nå en ideal och högkvalitativ diabetesvård. Socialstyrelsen (2017) beskriver att det sedan länge har utvärderats hur de nationella riktlinjerna efterföljs där man har sett att diabetesvården är ojämlig och inte ges med samma kvalitet utifrån socioekonomiska aspekter (a.a.). Författarna till denna studie finner det därför viktigt att framhålla resultatet att certifieringen uppfattas som en kvalitetsstämpel på enhetens diabetesmottagning och skulle med andra ord kunna ses som en kvalitetssäkring av diabetesvården.

Förutom certifieringens ovan beskrivna fördelar framgick av resultatet också att certifieringen innebar utmaningar för enheten. Personalbrist och rekryteringsproblem av ny personal gjorde att certifieringskraven periodvis blev svåra att fortsätta uppfylla eftersom det kunde innebära att diabetesmottagningen fick stå tillbaka och diabetessjuksköterskan fick täcka upp för andra delar i verksamheten som behövde prioriteras. Det kan förklaras genom det faktum att primärvården saknar personal inom flera yrkesgrupper (Socialstyrelsen, 2018), vilket kan skapa utmaningar för enheten att säkerställa att personal finns på diabetesmottagningen. Men om enheten prioriterar diabetessjuksköterskans arbete på diabetesmottagningen vid personalbrist kan certifieringskraven uppfyllas, vilket skulle kunna betyda att enheten avlastas och att vårdkvalitén säkras för patienterna. Därför måste diabetessjuksköterskans roll uppmärksammas för att kunna utvecklas och inte bara för att diabetesvården i sig ska förbättras, utan även för att bibehålla de yrkesverksamma i arbetet (Boström, Lundman, Egan Sjölander och Hörnsten, 2012). Likaså hävdar Bauer och Bodenheimer (2017) att sjuksköterskans roll i primärvården måste lyftas och utökas för att kunna hantera det ökande antalet patienter med kroniska sjukdomar i relation till bristen på distriktsläkare.

Certifieringen blir därmed ett lysande exempel på hur diabetessjuksköterskans betydelsefulla roll i vården kan stärkas, utvecklas och bidra till att patienternas vårdbehov tillgodoses.

Moore et al. (2017) visar att ett personcentrerat arbetssätt kan spara tid när det väl har etablerats, vilket kan vara viktigt för enheter som har brist på personal. Detta stödjer resonemanget att den certifierade diabetesmottagningen bör bedrivas med ett personcentrerat arbetssätt för att spara tid. Författarna anser därför att distriktssköterskan blir en kvalificerad kandidat att bedriva den certifierade diabetesmottagningen tack vare det personcentrerade förhållningssättet hen ska arbeta utifrån (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

### **Konklusion och implikation**

Certifieringen uppfattas bland annat innebära möjligheter att använda certifieringskraven som ett användbart redskap för att få tillräcklig tid avsatt till diabetesmottagningen. Detta kan i sin tur betyda att hela enheten avlastas och tid frigörs vilket kan bespara resurser och öka enhetens tillgänglighet för alla patienter. När kraven kan uppfyllas ses certifieringen som en kvalitetsstämpel på diabetesmottagningen för enheten och ett sätt att öka vårdkvaliteten på diabetesvården. Dock har certifieringen även inneburit utmaningar för enheten med svårigheter att fortsätta uppfylla certifieringskraven på grund av den personalbrist som råder. Prioriteras den certifierade diabetesmottagningen kan detta innebära en stor vinst för enheten men även ur en samhällsekonomisk aspekt då diabetesvården innebär en stor samhällskostnad.

Författarna drar slutsatsen att de diabetessjuksköterskor som även har specialistutbildning till distriktssköterska med sitt personcentrerade förhållningssätt blir en viktig tillgång på den certifierade diabetesmottagningen då både en certifiering och ett personcentrerat arbete ses kunna spara tid vilket blir viktigt i primärvården där personalbrist råder. För framtida studier uppmanar författarna att undersöka ifall kontrollerna om certifieringskraven uppfylls på enheterna är tillräckliga eftersom detta upplevs saknas. Ytterligare förslag är att undersöka i vilken omfattning och hur ett personcentrerat arbetssätt tillämpas på den certifierade diabetesmottagningen.

## Referenser

Azami, G., Soh, K. L., Sazlina, S. G., Salmiah, M. S., Aazami, S., Mozafari, M., & Taghinejad, H. (2018). Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research* 7(8), 1-12.

doi: 10.1155/2018/4930157

Bauer, L. & Bodenheimer, T. (2017). Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nursing Outlook* 65(5), 624-632.

Bertakis, K. D. & Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine* 24(3), 229-239.

Boström, E., Hörnsten, Å., Lundman, B., Stenlund, H., & Isaksson, U. (2013). Role clarity and role conflict among Swedish diabetes specialist nurses. *Primary Care of Diabetes* 7(3), 207-212.

Boström, E., Lundman, B., Egan Sjölander, A., & Hörnsten, Å. (2012). Diabetes specialist nurses' perceptions of their multifaceted role. *European Diabetes Nursing* 9(12), 39-44.

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, Å. (2013). Patient-centred care in type 2 diabetes - an altered role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian Journal of Caring Science* 14(28), 675-682.

doi: 10.1111/scs.12092

Boyle, E., Saunders, R., & Drury, V. (2015). A qualitative study of patient experiences of Type 2 Diabetes care delivered comparatively by General Practice Nurses and Medical Practitioners. *Journal of Clinical Nursing* 25, 1977-1986.

Danielsson, E. (2017a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 285-297). Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2017b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 144–154). Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialitsjuksköterskeexamen distriktssköterska* [Broschyr]. Stockholm: Distriktssköterskeföreningen i Sverige.

Drevenhorn, E. (2017). *Certifiering av diabetesmottagningar 2016 - uppföljning* (Rapportserie, 2017:2). Region Skåne: Allmänläkarkonsult Skåne Primärvårdens Utbildningsenhet.

Drevenhorn, E. & Österlund Efraimsson, I. (2013). Distriktssköterskans mottagning. I C. Bökberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården*. (ss. 125–144). Lund: Studentlitteratur.

Edwall, L-L., Hellström, A-L., Öhrn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 17, 772-781.

Ekman, I., Norberg, A., Swedberg, K. (2014). I I. Ekman. (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik* (ss. 69–96). Stockholm: Liber.

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K. Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2011). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal* 33(9), 1112-1119.  
doi: 10.1093/eurheartj/ehr306

Eley, D. S., Patterson, E., Young, J., Fahey, P. P., Del Mar, C. B., Hegney, D. G., Synnott, R. L., Mahomed, R., Baker, P. G., Shauffham, P. A. (2013). Outcomes and opportunities: a nurse-led model of chronic disease management in Australian general practice. *Australian Journal of Primary Health* 19(2), 150-158.  
doi: 10.1071/PY11164

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

Harris, D. I., & Cracknell, P. (2005). Improving diabetes care in general practice using a nurse-led, GP supported clinic: a cohort study. *Practical Diabetes International*. 22(8), 295-301.

doi: 10.1002/pdi.852

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

Hägglund, D. (2010). District continence nurses' experiences of their continence service in primary healthcare. *Journal of Nursing Management* 18(2), 225–233.

Hörnsten, Å., Lundman, B., Kihl Selstam, E., & Sandström, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing* 51(6), 609-617.

Jansson, S. P. O., Fall, K., Brus, O., Magnuson, A., Wändell, P., Östgren, C. J., & Rolandsson, O. (2015). 1. Prevalence and incidence of diabetes mellitus: a nationwide population-based pharmaco-epidemiological study in Sweden. *Diabetic Medicine* 32, 1319–1328.

Johansson, J. (2018). *Diabetesmottagning i Skåne*. Hämtad 14 februari, 2018, från 1177: <https://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Diabetesmottagning-i-Skane/#section-1>

Jutterström, L., Hällgren Graneheim, U., Isaksson, U. & Hörnsten, Å. (2012). Ideal versus Real Conditions for Type 2 Diabetes Care: Diabetes Specialty Nurses' Perspectives. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 11(2).

Juul, L., Terkildsen Maindal, H., Frydenberg, M., Kolding Kristensen, J., & Sandbaek, A. (2012). Quality of type 2 diabetes management in general practice is associated with involvement of general practice nurses. *Primary Care Diabetes* 6, 221-228.

- Kinmonth, A. L., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegel, N., & Campbell, M. J. (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ: British Medical Journal*. 317(7167):1202-1208  
doi: <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1136/bmj.317.7167.1202>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Litaker, D., Mion, L C., Planavsky, L., Kippes, C., Mehta, N., & Frolkis, J. (2003). Physician – nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients’ perception of care. *Journal of Interprofessional Care* 17(3), 223-237.
- McCormack, B., & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56 (5), 472-479.
- Mcdowell, J., & Boyd, E. (2018). Community diabetes nurse specialists: service evaluation to describe their professional role. *British Journal of Community Nursing* 23, 426-434.
- Moore, L., Britten, N., Lygahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M. & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Science* 31(4), 662–673.  
doi: 10.1111/scs.12376
- Noor Abdulhadi, N M., Al-Shafae, M A., Wahlström, R., & Hjelm, K. (2012). Doctors’ and nurses’ views on patient care för type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Primary Health Care Research & Development* 14 (3), 258-269.  
doi: 10.1017/S146342361200062X
- Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M. & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(3), 418-425.  
doi: 10.1111/scs.12146

Olsson, L., Hansson, E., Ekman, I., Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1626-1635.  
doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x

Oppert, M., O’Keeffe, V. J. & Duong, D. (2018). Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: a qualitative study. *Geriatric Nursing*.  
doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.05.004

Plewnia, A., Bengel, J., Körner, M. (2016). Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling* 99(12):2063-2070.  
doi: 10.1016/j.pec.2016.07.018

Ritholz, M., Beverly, E., Abrahamson, M., Brooks, K., Hultgren, B., & Weinger, K. (2011). Physicians’ Perceptions of the Type 2 Diabetes Multidisciplinary Treatment Team - A Qualitative Study. *The Diabetes Educator*, 37(6) 794-800.

Schiøtz, M., Bøgelund, M., Almdal, T & Willaing, I. (2011). Discrete choice as a method for exploring education preferences in a Danish population of patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 217–225.  
doi: 10.1016/j.pec.2011.09.003

Socialstyrelsen. (2018). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård - Nationella planeringsstödet*. Stockholm: Socialstyrelsen  
Hämtat 24 oktober, 2018, från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20880/2018-2-23.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för diabetesvården*. Stockholm: Socialstyrelsen  
Hämtat 8 januari, 2017, från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20633/2017-5-31.pdf>

Stenner, K. L., Courtenay, M., Carey, N. (2010). Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies* 48(1), 37–46.

doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.06.006

Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). Framgångsfaktorer i diabetesvården - en jämförande studie av diabetesvård i primärvård (Nationella programrådet för diabetes, 2013). Hämtad från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-983-6.pdf?issuusl=ignore>

Taylor, K. I., Oberle, K. M., Crutcher, R. A., & Norton, P. G. (2005). Promoting health in type 2 diabetes: nurse-physician collaboration in primary care. *Biological Research for Nursing* 6(3), 207–215.

Vetenskapsrådet. (2017). God forskningssed. Hämtat 24 januari, 2018, från Vetenskapsrådet: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 194–214). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2016). Global report of diabetes. Hämtat 15 januari, 2018, från World Health Organization:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1)



### Bakgrundsfrågor:

- Vad har du för utbildning utöver sjuksköterskeexamen?
- Hur länge har er certifierade diabetesmottagning funnits på vårdcentralen?
- Hur länge har du arbetat på er certifierade diabetesmottagning?
- Har du arbetat på en icke certifierad diabetesmottagning? Hur länge?
- Hur mycket tid får du avsätta per vecka till den certifierade diabetesmottagningen?

### Huvudfråga:

- Vad är din uppfattning om vad certifiering av diabetesmottagning inneburit för er enhet?

### Frågeområden som kommer att belysas under samtalet:

- Skillnaden mellan icke och certifierad diabetesmottagning
- Det bästa/nackdelar med att bli certifierad
- Vem/vilka var drivande i frågan på enheten att bli certifierad
- Presentation av förslaget om certifiering på enheten
- Stöd från kollegor/chefen på enheten
- Hur arbetet har påverkats/tid/yrkesrollen
- Möjlighet till fortbildning
- Möjlighet till personcentrerat arbete
- Respons från kollegor/chefer/patienter efter certifieringen

### Exempel på följdfrågor:

Kan du utveckla det?...

Kan du ge exempel?...

Kan du berätta kring?...

Hur menar du?...

Kan du beskriva?...

Är det något mer du vill tillägga?...