

**Rapport-
serie
2019:2**

**Vad har certifiering av
diabetesmottagningen
inneburit för enheten?
- Intervju med
diabetessjuksköterskor**

Den här rapporten publicerades under februari månad 2019. Avsikten med rapporten är ett led i utvärderingen av certifiering av diabetesmottagningar i Region Skåne.

Rapporten har skrivits av: Eva Drevenhorn, distriktssköterska, fil dr, docent

Ansvarig för rapporten: Eva Drevenhorn, Eva Pulverer Marat, enhetschef Primärvårdens utbildningsenhet, Kompetenscentrum för primärvård i Skåne

Kontakt: eva.pulverer marat@skane.se

Sammanfattning

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 jämlikhet för personer med diabetes har diabetesmottagningar i primärvården i Skåne sedan 2016 certifierats. Syftet med studien var att undersöka diabetessjuksköterskans uppfattning om vad certifiering av vårdcentralens diabetesmottagning inneburit för enheten. Kvalitativa semistrukturerade intervjuer utfördes med 12 diabetessjuksköterskor på certifierade diabetesmottagningar i Region Skåne. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Resultatet visade att certifiering av diabetesmottagningen innebar möjligheter för enheten tack vare att arbetet synlig- och tydliggjorts. Certifieringen uppfattades ge en ökad vårdkvalitet, då diabetesmottagningen 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. Prioritering av den certifierade diabetesmottagningen skulle kunna innebära en stor vinst totalt sett för enheten.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	2
1. Bakgrund	3
1.1 Vård vid diabetes typ 2.....	3
1.2 Teamarbetet på diabetesmottagning	4
1.3 Certifierad diabetesmottagning	4
1.3.1 Krav för certifiering	4
2. Syfte	5
3. Metod	5
3.1 Urval.....	5
3.2 Instrument.....	6
3.3 Datainsamling.....	6
3.4 Analys av data	6
4. Resultat.....	7
4.1 Möjligheter för enheten	7
4.1.1 Användbart redskap.....	7
4.1.2 Avlastning för enheten	8
4.1.3 Ökad kunskap	8
4.2 Ökad vårdkvalitet	9
4.2.1 Stolthet	9
4.2.2 Självständighet	9
4.2.3 Kvalitetsstämpel	10
4.3 Utmaningar för enheten.....	10
4.3.1 Svårigheter att fortsätta uppfylla kraven för certifiering.....	10
4.3.2 En prövning att skapa medvetenhet hos medarbetarna	11
5. Diskussion	11
6. Konklusion	13
7. Förslag för framtiden.....	13
Referenser.....	14

1. Bakgrund

För att göra vården mer evidensbaserad och jämlik för personer med diabetes har diabetesmottagningar i primärvården i Skåne sedan januari 2016 erbjudits möjlighet att certifieras. Vid en utvärdering efter ett år kunde inga klara skillnader mellan certifierade och icke certifierade enheter ses gällande registrerade patienters HbA1c, BMI, fysisk aktivitet, blodtryck och U-albumin (Drevenhorn, 2017). Som en del av utvärderingen fanns också intresse av att få kunskap om betydelsen för den enskilda enheten av att diabetesmottagningen var certifierad. För att genomföra denna senare del engagerades två studenter, Freja Borg och Catarina Ivarsson, i distriktssköterskeprogrammet vid Lunds universitet 2017. Studien genomförde de som sin magisteruppsats dvs. examensarbetet i programmet under handledning av Eva Drevenhorn, examinator för programmet.

1.1 Vård vid diabetes typ 2

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

1.2 Teamarbetet på diabetesmottagning

I primärvården Skåne finns diabetesmottagningar där råd, stöd och behandling erbjuds av personal med specialkompetens inom området. Dessutom erbjuds hjälp med att sluta röka och råd om hälsosam mat och motion. På mottagningarna arbetar personalen i team som oftast består av läkare och diabetessjuksköterska men även andra yrkesgrupper som exempelvis dietister, kuratorer, fysioterapeuter och fotvårdsterapeuter (Socialstyrelsen, 2017). 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. I de nationella riktlinjerna för diabetesvård anges att en del i vården är att bedriva särskild mottagning riktad mot diabetes där diabetessjuksköterskan har en nyckelfunktion tack vare sin kunskap och kompetens.

Utifrån ett patientperspektiv kan investeringar i diabetessjuksköterskans regelbundna kontroller möjliggöra att patienten får högkvalitativ diabetesvård och öka följsamheten till behandling (Edwall, Hellström, Öhrn & Danielson, 2007; Stenner, Courtenay & Carey, 2010; Azami et al., 2018). Patienter har rapporterats uppleva att vården blir bättre vid teamvård, vilket stärker sjuksköterskans betydelse i vården av patienter med kroniska sjukdomar (Litaker et al., 2013). 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).

1.3 Certifierad diabetesmottagning

För att säkerställa kvaliteten vid vård av personer med diabetes togs ett politiskt beslut om att införa certifiering av diabetesmottagning vid ackrediterade hälsovalsenheter i Region Skåne. Sedan januari 2016 finns tre 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.

1.3.1 Krav för certifiering

De certifierade diabetesmottagningarna ska uppfylla följande krav, som regelbundet kontrolleras av Region Skåne:

- Sjuksköterska/distriktsköterska anställd på hälsovalsenhet med **minst** 15 högskolepoäng inom diabetesvård
- Medicinskt ansvarig läkare med intresse för diabetes på hälsovalsenheten
- **Minst** 100 listade personer med diabetes på hälsovalsenheten
- **Maximalt** 400 personer med diabetes/100 % diabetessjuksköterska som arbetar med diabetes (benämns som ledtal)

- Hela diabetesteamet ska årligen delta i heldagsutbildning inom diabetesområdet arrangerad av uppdragsgivaren
- Kallelsesystem för personer med diabetes

Uppföljning av de certifierade enheterna ska ske årligen för att säkerställa att kraven uppfylls. För de enheter, som inte uppfyller kraven, kommer möjlighet att finnas att ansöka om certifiering igen efter ny bedömning.

2. Syfte

Att undersöka diabetessjuksköterskans uppfattning om vad certifiering av vårdcentralens diabetesmottagning inneburit för enheten.

3. Metod

Kvalitativ studiedesign har som syfte att studera och beskriva personers erfarenheter av ett fenomen där det är lämpligt att använda intervjuer för datainsamling. Ursprungligen planerades 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 som sedan kan analyseras (Wibeck, 2012). Dock var det svårt att rekrytera deltagare, då de upplevde att de inte kunde avsätta den tid som en fokusgruppsintervju kräver. Beslut togs då om att istället genomföra enskilda intervjuer.

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.

3.1 Urval

För att få ett lämpligt urval i förhållandet till syftet inkluderades endast diabetessjuksköterskor verksamma på certifierade diabetesmottagningar. Totalt tillfrågades 61 verksamhetschefer på enheter med certifierad diabetesmottagning i 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 diabetesjuksköterskorna direkt per telefon för att undersöka intresset för att delta i studien. Det resulterade i att 13 deltagare med godkännande från respektive verksamhetschef kunde bokas för intervju. Då en deltagare lämnade återbud pga sjukdom ingick slutli-

gen 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 mellan 7,5 och 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.

3.2 Instrument

De individuella semistrukturerade intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014) med diabetessjuksköterskor utfördes under hösten 2018 på certifierade diabetesmottagningar i Skåne. Som stöd under intervjun användes en intervjuguide med en huvudfråga samt olika frågeområden som skulle belysas. Till hjälp fanns också exempel på följdfrågor som stöd för att hjälpa deltagaren att utveckla sitt resonemang. Bakgrundsfrågor om vidareutbildning, specialistutbildning och erfarenhet ställdes också i anslutning till intervjun.

3.3 Datainsamling

De 12 intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser och pågick i cirka 20–25 minuter. Båda studenterna deltog i samtliga intervjuer och turades om att genomföra intervjuerna. Inför respektive intervju informerades deltagaren muntligt om studiens syfte och tillvägagångssätt och möjlighet gavs att ställa frågor innan skriftligt samtycke gavs. Samtalen spelades in via röstmemo på en smartphone. Den första intervjun genomfördes som en pilotintervju (Kvale & Brinkmann, 2014), som transkriberades och skickades till handledaren för granskning. Detta föranledde inga förändringar i intervjuguiden, varpå intervjun således kunde inkluderas i studien.

3.4 Analys av data

Reflektion och samtal kring intervjuerna skedde mellan studenterna omgående efter varje genomförd intervju, som ett första steg i analysprocessen. Inspelningarna transkriberades ordagrant och analyserades induktivt med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Induktiv ansats betyder att analysen sker förut-sättningslöst genom att utgå från textens innehåll, dvs. att författarna inte har någon förutfattad teori om resultatet (Danielsson, 2017). 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 studenterna för att hitta likheter och olikheter. Koder med liknande innehåll fördelades sedan i grupper och beskrevs med hjälp av nio subkatego-

rier. Därefter jämfördes och grupperades subkategorierna och tre kategorier framträdde. Kodning och kategorisering diskuterades tillsammans med handledaren tills konsensus uppnåddes.

4. Resultat

Analysen av datamaterialet resulterade i tre övergripande kategorier och åtta subkategorier vilka presenteras i tabell 1. Resultatet presenteras med dessa som rubriker. Utvalda citat presenteras för att beskriva subkategorierna och deltagarens intervjunummer är angivet.

Tabell 1. 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

4.1 Möjligheter för enheten

Kategorin innefattar subkategorierna Användbart redskap, Avlastning för enheten och Ökad kunskap. Strukturen på diabetesmottagningen hade förtydligats, vilket 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.

4.1.1 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 väl-

fungerande 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 få tid enligt ledtalen till diabetesmottagningen eftersom certifieringen i annat fall kunde förloras. Det hade blivit tydligare vilken tid som diabetesmottagningen faktiskt behövde. Detta 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)

4.1.2 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 därmed 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)

4.1.3 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 sin kunskap.

“...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)

4.2 Ökad vårdkvalitet

Kategorin 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 vissa krav uppfylldes.

4.2.1 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 upplevde 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)

4.2.2 Självständighet

Att själv få styra sin egen mottagning och ta ett helhetsgrepp om patienterna samspejade 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 arbete 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 accepterades också.

“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)

4.2.3 Kvalitetsstämpel

Deltagarna beskrev att certifieringen medförde ett kvitto på att mottagningen bedrevs med fokus på kvalitet där patienten stod i centrum. 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)

4.3 Utmaningar för enheten

Kategorin 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.

4.3.1 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 andra medicinska behov prioriterades, vilket resulterade i längre väntetider än planerat för patienter med diabetes. 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 bedriva 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)

4.3.2 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)

5. Diskussion

Resultatet visade att certifiering av diabetesmottagningen innebar möjligheter för enheten tack vare att arbetet synlig- och tydliggjorts med en bättre struktur. Detta gav möjlighet att använda certifieringen som ett redskap för att ställa olika krav på exempelvis tid och utbildning. Utöver det sågs en möjlighet att avlasta hela enheten och ett sätt att få ökad kunskap tack vare de certifieringsgrundande utbildningarna. Certifieringen uppfattades också ge en ökad vårdkvalitet på enhetens diabetesmottagning, som kunde användas för att utåt visa på god vårdkvalitet och att höga krav på verksamheten uppfyllts. Patienterna kunde veta vad som erbjöds och kunde förvänta sig att få korrekt diabetesvård. Diabetessjuksköterskorna kände sig stolta över att bedriva en god diabetesvård, då de gavs möjlighet att arbeta mer självständigt och att mottagningen fått en kvalitetsstämpel eftersom vissa krav uppfylldes. Certifieringen kunde även innebära utmaningar för enheten. Det var personalbrist och svårigheter att rekrytera ny personal, som kunde innebära att diabetesmottagningen fick stå tillbaka. 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 vara påfrestande om intresset på enheten för diabetesmottagningen var lågt.

Genom en certifiering kunde diabetessjuksköterskan få mer tid avsatt än tidigare tack vare led-talen och det skulle kunna upplevas som en möjlighet att arbeta mer personcentrerat. I vårdprogrammet anges också att diabetesvården bör individanpassas och ges med en god och jämställd kvalitet (Socialstyrelsen, 2017). Forskning indikerar att diabetessjuksköterskan finner den personcentrerade diabetesvården givande, men komplex att uppnå då de uppfattade det som ett tidskrävande arbetssätt (Boström, Isaksson, Lundman, Lehulante & Hörnsten, 2013). Dock dras slutsatsen i studien att det snarare handlade om att sjuksköterskans behöver möjlighet till utbildning, träning och stöd i personcentrerad vård då det visats att ett personcentrerat arbetssätt kräver mer tid till en början (Moore et. al, 2017). Dessutom kan personcentrerad vård förknippas med minskade besök inom sjukvården vilket blir både resurs- och tidsparande i längden (Bertakis & Azari, 2011; Ekman et al., 2012; Olsson, Hansson, Ekman & Karlsson, 2009). Eftersom certifieringen upplevdes innebära ett redskap för att få mer tid skulle ett personcentrerat arbetssätt på diabetesmottagningen således kunna spara mycket resurser och öka tillgängligheten för patienter på hela enheten.

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. 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). Möjlighet kan också då finnas att motverka ojämlik diabetesvård utifrån socioekonomiska aspekter (Socialstyrelsen, 2017).

Certifieringen kunde även innebära utmaningar för enheten då diabetessjuksköterskan fick täcka upp för andra delar i verksamheten som behövde prioriteras vid personalbrist. Kraven för certifiering blev då periodvis svåra att uppfylla. Hade en annan prioritering gjorts så att diabetessjuksköterskan hade kunnat fortsätta arbetet på diabetesmottagningen hade, i förlängningen, hela enheten avlastats och vårdkvaliteten säkrats för alla patienter på enheten. Betydelsen av sjuksköterskans roll i primärvården behöver lyftas (Bauer & Bodenheimer, 2017) och särskilt diabetessjuksköterskans för att diabetesvården i sig ska förbättras och dessutom för att bibehålla de yrkesverksamma i arbetet (Boström, Lundman, Egan Sjölander & Hörnsten, 2012).

Det primära metodvalet var att genomföra fokusgruppsintervjuer för att inhämta ett så rikt material som möjligt för att besvara syftet. Vid rekryteringen av deltagare framkom det att varken verksamhetschefer eller deltagare ansåg att det fanns möjlig-

het att avsätta specifik tid för att mötas i fokusgrupp. Istället kunde enskilda intervjuer med 12 av planerade 15 diabetessjuksköterskor genomföras. Det insamlade datamaterialet bedömdes, trots detta, vara tillräckligt för att besvara syftet. Dessutom var andelen deltagare inom privat och offentlig sektor samt på landsbygd och i storstad jämnt fördelat, vilket bedömdes ge möjlighet för en varierad och bred inblick i ämnet. Samtliga deltagare i studien var kvinnor, vilket skulle kunna ses som en svaghet ur ett genusperspektiv. Det var ytterst få avbrott under samtalen men deltagarna gav ett stressat intryck under den avsatta tiden för intervjun, vilket kan ha inneburit att deltagarna gav korta koncisa svar som i sin tur påverkade intervjuaren i samtalet att ställa färre fördjupande följdfrågor. Det kan ha bidragit till att intervjuerna inte blev så djupa som var önskvärt.

6. Konklusion

Certifieringen uppfattades innebära möjligheter att använda certifieringskraven som ett redskap för att få tillräcklig tid avsatt för diabetesmottagningen. Det kan i sin tur betyda att hela enheten avlastas och tid frigörs, vilket kan spara resurser och öka enhetens tillgänglighet för alla patienter. När kraven kunde uppfyllas sågs certifieringen som en kvalitetsstämpel på diabetesmottagningen för enheten och ett sätt att öka vårdkvalitén på diabetesvården. Dock har certifieringen även inneburit utmaningar för enheten med svårigheter att fortsätta uppfylla certifieringskraven på grund av rådande personalbrist. Om den certifierade diabetesmottagningen prioriteras skulle det kunna innebära en stor vinst för enheten, men även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, då välbehandlade patienter med diabetes innebär en lägre samhällskostnad. De diabetessjuksköterskor som även har specialistutbildning till distriktssköterska, med sitt personcentrerade förhållningssätt, kan vara en viktig tillgång på den certifierade diabetesmottagningen, då både certifiering och personcentrering anses kunna spara tid, vilket är viktigt i primärvården där personalbrist råder.

7. Förslag för framtiden

I framtiden skulle det vara av intresse att undersöka ifall behov finns av att förstärka kontrollen av om certifieringskraven uppfylls på enheterna. Kunskap saknas också om i vilken omfattning och hur ett personcentrerat arbetssätt tillämpas på de certifierade diabetesmottagningarna.

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., Lundman, B., Egan Sjölander, A., & Hörnsten, Å. (2012). Diabetes specialist nurses' perceptions of their multifaceted role. *European Diabetes Nursing* 9(12), 39-44. doi: 10.1111/scs.12092
- 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.
- Danielsson, E. (2017). *Kvalitativ innehållsanalys*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 285-297). Lund: Studentlitteratur.
- 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., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K. Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). 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
- 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.
- 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.

- 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 Inter-professional Care* 17(3), 223-237.
- 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
- NDR (Nationella diabetesregistret). <<https://www.ndr.nu/#/>>.
- 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
- 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.skil.se/bilder/artiklar/pdf/7164-983-6.pdf?issuusl=ignore>
- WHO. (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
- Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 194–214). Lund: Studentlitteratur.

[vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/
primarvardens-utbildningsenhet/](http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/primarvardens-utbildningsenhet/)

skane.se/ako

Vad har certifiering av diabetesmottagningen inneburit för enheten?
- Intervju med diabetessjuksköterskor

Februari 2019

