



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER AV ATT VÅRDA PERSONER MED DIABETES I HEMSJUKVÅRDEN

- en kvalitativ studie

Författare

Lena Bengtsson
Camilla Sörman

| | |
|------------------------|----------------------|
| Uppsats/Examensarbete | 15p |
| Program och/eller kurs | OM8220 |
| Nivå | Avancerad nivå |
| Termin/år | HT2019/ VT2020 |
| Handledare | Carina Sparud-Lundin |
| Examinator | Linda Berg |

| | |
|-------------------------|---|
| Titel svensk: | Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården |
| Titel engelsk: | Nurses experiences of caring for people with diabetes in home care |
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | OM8220 |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | HT 2019/ VT 2020 |
| Handledare: | Carina Sparud-Lundin |
| Examinator: | Linda Berg |
| Nyckelord: | Sjuksköterska, hemsjukvård, diabetes |

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet människor med diabetes ökar samtidigt som befolkningen blir äldre och därmed inte alltid klarar av att sköta sig själva fullt ut längre. Det innebär att de kan behöva hjälp med vård och omvårdnad av hemsjukvårdens sjuksköterskor. Det är tidigare sparsamt beskrivet i litteraturen om sjuksköterskors erfarenheter av vård av personer med diabetes i hemsjukvården samt samarbetet med andra aktörer.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården.

Metod: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer som analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Nio sjuksköterskor med erfarenhet av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården intervjuades.

Resultat: I resultatet framkommer fyra kategorier med elva tillhörande subkategorier.

Förutsättningar i organisation beskriver arbetsledningens betydelse samt vikten av samordning med andra aktörer. *Interaktion med andra aktörer* innefattar att sjuksköterskan är beroende av andra yrkesgrupper samt att stödja och utbilda andra om diabetes.

Diabetesspecifik kompetens innebär att sjuksköterskan i hemsjukvården är primärt ansvarig och måste upprätthålla kompetens samt förebygga komplikationer relaterat till diabetes. I kategorin *Att stödja egenvård i hemmet* beskrivs hur lyhördhet främjar vårdrelation, sjuksköterskan har mindre kontroll i hemmet, samt utför patient- och närståendebildning i syfte att minska patientsäkerhetsrisker.

Slutsats: Sjuksköterskan i hemsjukvården har kunskaps- och utvecklingsbehov inom diabetesområdet och efterfrågar ökad samverkan med diabetessjuksköterskan för att kunna säkerställa god och säker diabetesvård.

Nyckelord: Sjuksköterska, hemsjukvård, diabetes.

Abstract

Title: Nurse's experiences of caring for people with diabetes in home care

Background: The number of people with diabetes is increasing at the same time as the population is getting older and thus not always able to take care of themselves fully anymore. This means that they may need help with the care and nursing by home nurses. It has previously been sparsely described in the literature on nurses' experiences of caring for people with diabetes in home care as well as in collaboration with other actors.

Aim: To describe nurses' experiences of caring for people with diabetes in home care.

Method: A qualitative study with semi-structured interviews that was analyzed according to qualitative content analysis. Nine nurses with experience in caring for people with diabetes in home care were interviewed.

Result: The result shows four categories with eleven associated subcategories. The category *Prerequisites in organization* describes the importance of management and the importance of coordination with other actors. The category *Interaction with other actors* includes that the nurse is dependent on other occupational groups and to support and educate others about diabetes. The category *Diabetes-specific competence* means that the nurse in home care is primarily responsible and must maintain competence as well as prevent complications related to diabetes. The category *Supporting self-care in the home* describes how responsiveness promotes nursing relationship, the nurse has less control in the home, and performs patient and related education in order to reduce patient safety risks.

Conclusion: The nurse in home care has knowledge and development needs in the diabetes field and demands increased collaboration with the diabetic nurse in order to ensure good and safe diabetes care.

Keywords: Nurse, home care, diabetes.

Förord

Ett stort och varmt tack

Till våra informanter från hemsjukvården som ställde upp och delade med sig av sina erfarenheter.

Till vår handledare Carina Sparud-Lundin för vägledning, stöd och kunskap under detta projekt.

Till klasskamraterna för stöttning och peppning under denna resa.

Till våra familjer som trofast väntar på att vi ska återkomma till dem.

Och framförallt till varandra för gott samarbete och god vänskap.

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund..... | 1 |
| Diabetes..... | 1 |
| Behandling..... | 3 |
| Typ 1 Diabetes (T1DM)..... | 3 |
| Typ 2 Diabetes (T2DM)..... | 3 |
| Komplikationer..... | 4 |
| Kortsiktiga komplikationer..... | 4 |
| Långsiktiga komplikationer..... | 4 |
| Hemmet som vårdmiljö..... | 5 |
| Hemsjukvård..... | 6 |
| Sjuksköterskan i hemsjukvården..... | 7 |
| Vårdrelation i hemmiljö..... | 8 |
| Olika aktörer i samarbete vid vård i hemmet..... | 9 |
| Problemformulering..... | 10 |
| Syfte..... | 10 |
| Metod..... | 11 |
| Design..... | 11 |
| Urval..... | 11 |
| Datainsamling..... | 11 |
| Dataanalys..... | 12 |
| Etiska överväganden..... | 13 |
| Resultat..... | 14 |
| Interaktion med andra aktörer..... | 14 |
| Beroende av andra professioner..... | 14 |
| Att stödja och utbilda andra..... | 15 |
| Diabetesspecifik kompetens..... | 16 |
| Primärt ansvarig..... | 16 |
| Upprätthålla kompetens..... | 17 |
| Förebygga komplikationer..... | 18 |
| Att stödja egenvård i hemmet..... | 18 |
| Lyhördhet främjar vårdrelation..... | 18 |
| Mindre kontroll i hemmet..... | 18 |
| Patient- och närståendeutbildning i hemmet..... | 19 |

| | |
|--|----|
| Patientsäkerhetsrisker | 19 |
| Förutsättningar i organisation | 20 |
| Arbetsledningens betydelse | 20 |
| Samordning med andra aktörer | 20 |
| Diskussion | 21 |
| Metoddiskussion | 21 |
| Resultatdiskussion | 22 |
| Slutsats | 24 |
| Bilaga 1: Informationsbrev till enhetschef och verksamhetschef | 32 |
| Bilaga 2: Forskningspersonsinformation | 33 |
| Bilaga 3: Samtyckesformulär | 35 |
| Bilaga 4: Intervjuguide | 36 |

Inledning

Diabetes finns över hela världen och antalet människor med diabetesdiagnos ökar hela tiden. Orsaken är bl.a. att befolkningen blir äldre och behandlingar blir effektivare med ökad överlevnad men även beroende på sociala, kulturella och ekonomiska faktorer som bidrar till en ohälsosam livsstil med mindre fysisk aktivitet och förändrad kosthållning (WHO, 2019; IDF, 2019). Diabetes är därmed ett stort och allvarligt hälsoproblem globalt och överenskommelser har gjorts för att stoppa ökningen (WHO, 2019). Brunton (2017) menar att det är som en pandemi och påtalar vidare behovet av personal med kunskap om diabetes och andra resurser i vården för att kunna täcka vårdbehovet.

I Sverige bygger diabetesvården på "Nationella riktlinjer Diabetesvård" (Socialstyrelsen, 2018). Så länge personen med diabetes har förmågan att förflytta sig erbjuds kontinuerliga besök på mottagning (Sörman, 2012) men med stigande ålder tillkommer inte allt för sällan multisjuklighet (Midbøe, Andersson & Estløy, 2019) vilket kan försvåra möjligheten att ta sig till vården (Bökberg & Drevenhorn, 2017) och då kan personen istället behöva erbjudas hälso- och sjukvård i sitt hem (HSL, 2017).

Diabetessjuksköterskor i primärvården har möjlighet att erbjuda kontinuerliga besök för personer med diabetes men hur möts behovet av genomgång, uppföljning och undersökning för dem som får stöd och hjälp av hemsjukvården? Genom detta projekt vill vi, med vårdmiljö och vårdrelation som grund, undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården för att få kunskap om och förståelse för hur vården fungerar idag och eventuella utvecklingsbehov.

Bakgrund

Diabetes

Diabetes är samlingsnamnet för flera sjukdomar som har gemensamt att blodsockret är förhöjt. Diabetes är en kronisk, metabol sjukdom som inkluderar defekter i insulinutsöndring, insulinverkan eller båda. Även störningar i kolhydrats-, fett- och proteinmetabolismen förekommer. Med tiden kan det leda till förtida död, allvarlig skada på hjärta, blodkärl, ögon, njurar och nerver (Socialstyrelsen, 2018a).

Den första beskrivningen av diabetes finns bevarad i en papyrusrulle från 1550 f. Kristus. Namnet diabetes betyder "rinna igenom" som syftar på de klassiska symtomen ökad törst och stora urinmängder. Ordet mellitus betyder honungssöt. Det var genom att smaka på urinen som diagnosen ställdes. Den förste som använde kombinationen "Diabetes Mellitus" var en skotsk kirurg, John Rollo, som avled 1809. Det var också han som beskrev den första diabetesdieten; kött och fett då det ansågs att socker bildades av grönsaker i magen. I slutet på

1800-talet upptäckte man 2 olika typer av diabetes, fet och tunn diabetes. De med tunn diabetes dog ofta inom några månader. När insulinet kom så kunde också den gruppen överleva. 1922 fick en pojke i Kanada insulin för första gången och i Sverige var det en ung kvinna i Göteborg 1923 (Agardh & Berne, 2010).

Den första klassificeringen av diabetes gjordes på 80-talet. Då delades sjukdomen in i insulinberoende och icke insulinberoende diabetes. Modifiering gjordes av WHO 1999 och uppdaterades åter 2019 pga. att gränserna suddas ut allt mer. Idag är det 2 huvudtyper; Typ 1 diabetes och Typ 2 diabetes vilka fortsättningsvis kommer benämnas T1DM och T2DM. Dessutom finns flera andra specifika diabetestyper som t.ex. LADA, graviditetsdiabetes och oklassificerad diabetes (WHO, 2019; Eliasson & Zethelius, 2017).

Diabetes finns i varje befolkning och i alla regioner i världen. Ökningen har varit dramatisk de tre senaste decennierna. Det finns idag 463 miljoner vuxna med diabetes över hela världen jämfört med 108 miljoner 1980. Det är en ökning från 4,7 till 8,5 procent. T2DM är den vanligaste typen av diabetes och står för ca 90 % av all diabetes globalt med högst andel i låg och medelinkomstländer men diagnosen ökar dramatiskt i alla inkomstnivåer i samband med kulturella, sociala och ekonomiska förändringar (WHO, 2019; IDF, 2019). Brunton (2017) beskriver diabetes som en pandemi och visar på vikten av att det finns resurser i vården att ta hand om dessa personer. Utan ingripanden för att stoppa ökningen av diabetes kommer det att finnas minst 629 miljoner människor som lever med diabetes år 2045.

I Sverige finns det drygt 450 000 personer med diabetes registrerade i Nationella Diabetesregistret (NDR) varav cirka 15 % med T1DM. Förekomsten av T2DM ökar med stigande ålder där 10-20 procent av befolkningen över 65 år får sjukdomen (NDR, 2019).

En diabetesdiagnos kan ha många konsekvenser för individen, inte bara hälsan, utan också påverka personen socialt, kulturellt och etiskt. Diabetesdiagnosen kan också påverka försäkringar och körkort som omprövas regelbundet för personer med insulinbehandling (Diabetesförbundet, 2019).

Diagnos ställs på 4 olika sätt:

- Fastande plasmaglukos som är ≥ 7 mmol/l vid två tillfällen
- Glukostolerans test (OGTT). Blodsockret mäts venöst två timmar efter att personen druckit 75 gram socker och är $\geq 11,1$ mmol/l.
- HbA1c ≥ 48 mmol/mol.
- Blodsocker $\geq 11,1$ mmol/l om det finns andra symtom eller tecken på diabetes. (Eliasson & Zethelius, 2017).

Behandling

Typ 1 Diabetes (T1DM)

T1DM är en autoimmun sjukdom som leder till absolut insulinbrist på grund av betacellsskada i pankreas. Oftast sker debut i ung ålder; från tidiga barnår till unga vuxna. En långsam form kallad LADA debuterar i vuxen ålder och misstas ofta till en början att vara en T2DM. International Diabetes Federation (IDF) uppskattar att 1,1 miljoner barn och ungdomar under 20 år har T1DM (IDF, 2019).

T1DM kräver alltid insulinbehandling. Insulin ges som injektioner eller via insulinpump som kontinuerlig tillförsel subkutan. En bra och kontrollerad kosthållning är nödvändigt för att nå en så fysiologisk metabolism som möjligt. Fysisk aktivitet för det allmänna välbefinnandet motverkar hjärtkärlsjukdom och minskar behovet av insulin. Det är viktigt att planera för att undvika akuta komplikationer som hypoglykemi och ketoacidosis. Systematisk glukosmätning är en förutsättning för en balans mellan insulin, kostintag och motion varje dag. Rädsla för hypoglykemi kan istället leda till höga glukosvärden vilket kan ge långsiktiga komplikationer (Eliasson & Zethelius, 2017).

Typ 2 Diabetes (T2DM)

T2DM uppstår när kroppen blir resistent mot insulin eller får insulinbrist. Det krävs sällan insulinbehandling till en början. Många personer kan ha oupptäckt T2DM i flera år. Sjukdomen anses vara polygen, dvs. att flera faktorer som arv, stigande ålder, övervikt och fysisk inaktivitet samverkar. Diagnosen är mest vanlig hos vuxna men allt fler unga drabbas. En orsak är den ökande fetman på grund av ändrad kosthållning, ökat intag av söta drycker och minskad fysisk aktivitet. Metabola syndromet dvs. bukfetma, förhöjt blodtryck och dyslipidemi förekommer hos ca 80 % av personerna med T2DM (Agardh & Berne, 2010).

Behandlingen av T2DM består av flera delar; kost, motion, rökstopp och läkemedel. En bra kost ger förutsättningar för ett stabilt blodsocker som kan förhindra hypo- och hyperglykemi. Viktnedgång är av största betydelse, för att minska mängden fett i inre organ, vilket ökar produktionen av insulin samt insulineffekten och förbättrar glukosupptaget i muskelcellerna. Det innebär att minska kolhydrat- och fettintag och öka andelen av grönsaker, fisk och baljväxter. Den totala energimängden avgör om man går upp eller ner i vikt. Det är viktigt att individanpassa kosten så att det fungerar för personen att hålla vikten i längden. (Socialstyrelsen, 2011; Eliasson & Zethelius, 2017).

Fysisk aktivitet är en viktig del för att förbruka energi och öka insulinkänsligheten i muskulaturen. Det finns också gynnsamma effekter på blodtryck, blodfetter och motion förbygger även kardiovaskulära sjukdomar. Den långsiktiga nyttan med regelbunden träning kan troligen inte överskattas hos de flesta personer med diabetes (Eliasson & Zethelius, 2017).

Rökning medför en tydlig risk för hjärtkärlsjukdom och nikotinet har en negativ metabol effekt (Eliasson & Zethelius, 2017).

Läkemedelsbehandling vid T2DM består av olika tabletter och injektioner. Tablett Metformin är basen och ges alltid om det inte föreligger kontraindikationer som tex njursvikt eller svåra biverkningar. Om effekten är otillräcklig läggs andra läkemedel till i kombination och till sist även insulin. Individuella faktorer som tolerans, effekt och ekonomi kan påverka val av behandling. För en person med diabetes är det livsavgörande att ha tillgång till och ha råd med behandling (WHO, 2019). Ingen behandling ska medföra biverkningar och hypoglykemi. En god kunskap om sin sjukdom är väsentligt för en bra metabol kontroll och för att minska risken för komplikationer (Eliasson & Zethelius, 2017).

Komplikationer

Graden av en god glukoskontroll visar ett samband av utveckling av komplikationer (Berne, 2011).

Kortsiktiga komplikationer

- *Hypoglykemi* Lågt blodsocker är den vanligaste komplikationen som påverkas av ålder, behandling och diabetesduration. Hjärnan är beroende av konstant tillförsel av glukos för att fungera. Ett lågt värde ger irritation, oro och försämrat omdöme. Långvarig hypoglykemi kan leda till medvetslöshet och död.
- *Hyperglykemi* Högt blodsocker där symptomen ofta kommer smygande; ökad törst, ökade urinmängder, trötthet, svampinfektioner. Långvarig hyperglykemi leder till långsiktiga komplikationer.
- *Ketoacidosis (DKA)* Utvecklas på grund av insulinbrist. Uppstår ofta vid stora vätskeförluster orsakade av t.ex. feber, kräkningar, diarréer och hjärt-kärlhändelse som t.ex. hjärtinfarkt. Grav acidosis kan utvecklas snabbt och leda till andnings- och/eller cirkulationskollaps. Ketoacidosis behandlas med framförallt med vätske- och elektrolytkorrigerande och tillförsel av insulin. Vanligast förekommande vid T2DM och behandling med SGLT2-hämmare.
- *Laktatacidosis* Kan utvecklas vid metforminbehandling, nedsatt njurfunktion och uttorkning. Metformin ackumuleras, laktat bildas och acidosis utvecklas. Behandlas med vätska, insulin och dialys vid behov. (Berne, 2011; Eliasson & Zethelius, 2017).

Långsiktiga komplikationer

Vid långvarig diabetes uppkommer ofta kärlkomplikationer i både stora (makroangiopati) och små (mikroangiopati) kärl till följd av hyperglykemi. Det leder till påverkan på:

- *Ögon; retinopati* Det är den vanligaste orsaken till blindhet i västvärlden, hos personer under 65 år.
- *Njurar; nefropati* Det är den vanligaste orsaken, i Sverige, till uremi som medför dialys.

- *Nervsystem; neuropati* är en vanlig orsak till diabetiska fotsår med risk för amputation.
- *Hjärtkärlsjukdom;* ökad risk hos personer med diabetes.
- *Erektill dysfunktion* och *icke-alkoholutlöst fettlevversjukdom* är andra komplikationer som kan förekomma (Berne, 2011; Eliasson & Zethelius, 2017).

Personer med diabetes har också ökad risk för vissa infektionssjukdomar som till exempel tuberkulos (WHO, 2019).

I DCCT (Diabetes Control and Complications Trial), som presenterades 1993 i USA, påvisades vikten av en bra metabol kontroll. Flera uppföljande studier, som gjorts efter mer än 20 år, visar försenad början och minskad progress av både ögonkomplikationer och hjärtkärlsjukdom efter intensiv behandling av sänkt blodsocker. Det finns ingen distinkt glykemisk tröskel utan komplikationer reducerades i samband med att blodsockret sänktes (Bebu, Braffett, Orchard, Lorenzi & Lachin. 2019; Aiello, m.fl., 2015).

UKPDS- studien, som publicerades 1998, var den största och längsta studie som gjorts. 5102 personer med T2DM deltog och 10 års uppföljning bevisade sambandet med blodsockerkontroll och möjlighet att reducera komplikationer (Dieren m.fl., 2011). En studie 2007-2014 jämförde kön, ålder och BMI hos 6132 patienter med T2DM, som genomgått gastric bypass, med lika många matchande som inte opererats under samma tid. Resultatet visade att gruppen som opererats hade 50 % minskad risk för hjärtinfarkt. Under uppföljningstiden dog 82 personer av de som opererats och i kontrollgruppen dog 288 (Eliasson m.fl., 2015). En uppföljande studie som analyserade riskfaktorsutvecklingen visade signifikant lägre genomsnittligt BMI, HbA1c och högre HDL efter genomgången gastric bypass (Liakopoulos m.fl., 2017). I en annan studie från 2017, där drygt en halv miljon personer registrerade i NDR 1998 till 2014, undersöks utvecklingen av risken för hjärtkärlsjukdom och död för personer med T1DM och T2DM jämfört med matchande kontroll från befolkningsregistret. Resultatet visar en signifikant minskning av hjärtkärlsjukdom och död över tid vid både T1DM och T2DM. Det förklaras bl.a. av en bättre riskkontroll samt högre förskrivning av statiner och blodtrycksmedicin. Samtidigt visar det att personer med T1DM och T2DM har en kvarstående överrisk för hjärtkärlsjukdom jämfört m befolkningen i stort (Rawshani, 2017).

Hemmet som vårdmiljö

Ett hem kan vara i en fysisk form. Som ett hus där barndom och uppväxt begav sig och där den egna familjen skapats och utvecklats. En plats där personen inrett och format sitt liv. En bostad att bo och leva i och där det finns och har funnits gemenskap med släkt och vänner. Att ha ett hem betyder även att höra hemma någonstans och där trygghet, säkerhet och en känsla av sammanhang finns. Ett hem är en plats att utgå ifrån och en egen fristad att återvända till (Hilli, 2017). För en äldre person är hemmet ofta den trygga platsen där allt är bekant och välkänt och där dagliga aktiviteter blir naturliga i vardagen. Dock är inte alltid det egna

hemmet den plats personen upplever som den bästa. När hälsa och sjukdom gör det svårt och otryggt att bo kvar i det vanliga hemmet kan ett annat boende där det finns nära tillgång till vård och omsorg vara att föredra. Då kan personen få trygghet och gemenskap och en ny plats att kalla hem. Att känna sig hemma i sitt hem ger ofta förutsättningar för ett gott liv trots sjukdom och ohälsa och för många är det i hemmet som vård och omvårdnad kan upplevas som bäst. I hemmet finns även möjligheten att få vara sig själv och att till stor del själv få välja vem som välkomnas in. Genom välkomnande och gästfrihet ökar förutsättningarna för god kommunikation och det ger i sin tur möjlighet för en god och ömsesidig kontakt och en säker vård med hög kvalitet (Hilli, 2017).

Samtidigt som insatserna blir mer avancerade och ska utföras på ett professionellt och patientsäkert sätt behöver hänsyn tas till att platsen arbetet sker på är i någons hem (Midbøe, Andersson & Estling, 2019). Ofta är inte ett hem anpassat efter att kunna ge professionell vård. Det innebär att sjuksköterskorna i hemsjukvården behöver vara flexibla och påhittiga för att kunna utföra sitt arbete även när arbetsmiljön inte är den bästa då det t ex. kan vara trångt och svårt att få till en bra arbetsställning (Melin-Johansson, 2017). Genom att anpassa vården efter behov och förutsättningar ges personen möjlighet att välja att kunna fortsätta bo kvar hemma och vara självständig och oberoende trots behovet av hjälp (Nilsson, Lindberg, Skär & Söderberg, 2016). Vid långvariga insatser från hemsjukvården kan det bli aktuellt att anpassa bostaden både interiört och exteriört med olika hjälpmedel vilket kan förändra bilden av hemmet (Midbøe, Andersson & Estling, 2019). Därtill kommer den tekniska och medicinska utrustningen som behövs för att kunna utföra den ordinerade vården i hemmet. Detta kan göra att hemmet mer kommer att se ut som ett sjukhus än ett hem. Med hjälpmedel och lösningar för både privata och vårdande områden i hemmet kan känslan av ett hem ändå finnas kvar samtidigt som en fungerande arbetsmiljö skapas för dem som arbetar där (Persson, Erlingsdottir, Johansson, Löfqvist & Olander, 2019).

Hemsjukvård

I Sverige fick ungefär 410 000 personer någon form av insats utförd av kommunens hälso- och sjukvård under 2018. Av dessa var det 43 % som behöver hjälp kontinuerligt och den stora majoriteten är 65 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2018b).

Historiskt sett har vården gått från hemmet till sjukhusen för att nu åter i större grad vara på väg tillbaka till hemmet. Detta visar sig genom att det under senare år har skett en stor ökning av vård i hemmet och även prognosen framåt visar att behovet av hemsjukvård kommer öka (Öresland, 2017). Till stor del beror det på att befolkningen blir större och äldre men även på att sjukhusen skriver ut patienterna tidigare och att mer av den medicinskt och tekniskt avancerade vården idag kan utföras i hemmet (Öresland, 2017; Josefsson & Ljung, 2017; Midbøe, Andersson & Estling, 2019). Dessutom har platserna inom särskilt boende minskat (Bökberg & Drevenhorn, 2017).

Socialstyrelsen (2019) beskriver hemsjukvård som de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i personens hem och som behövs över en sammanhängande tid. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017) har kommunerna, genom avtal med regionerna, skyldighet att med hemsjukvård erbjuda hälso- och sjukvård till de boende i kommunen med behov av det. Kommunerna är då ansvariga för att tillhandahålla bl.a. sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Hemsjukvården gäller både i egna hemmet och i särskilt boende under dygnets alla timmar (HSL, 2017; Josefsson & Ljung, 2017).

Hemsjukvård är en bred dimension där sjuksköterskan kan möta alla olika diagnoser och behov och där insatserna kan pågå under både längre och kortare tid. Då många vårdtagare kommer från en åldrad befolkning handlar det inte allt för sällan om multisjuklighet med flera diagnoser (Midbøe, Andersson & Estling, 2019). Dock är det inte självklart för en person att få hjälp av hemsjukvården. Det som styr är behovet och tröskelprincipen, med vilken det menas att personen inte ska kunna ta sig till primärvården, eller att resan är för besvärlig för personen (Bökberg & Drevenhorn, 2017). Vanliga uppgifter som utförs i hemsjukvården är, benlindning, ta blodprov samt att dela och ge läkemedel. Men även uppgifter som att ansvara för läkemedelspumpar, ge blod och syrgas (Melin–Johansson, 2017), sköta katetrar, stomier och sonder samt stå för andra avancerade behandlingar ingår i hemsjukvårdens arbete såväl som dokumentering och delegering (Bökberg & Drevenhorn, 2017).

Sjuksköterskan i hemsjukvården

Idag arbetar det mestadels grundutbildade sjuksköterskor tillsammans med ett färre antal specialistutbildade distriktssköterskor och äldresjuksköterskor i hemsjukvården. I och med att hemsjukvården ökar både gällande antal personer med behov av insatser och att dessa insatser blir mer avancerade, ställs stora krav på kompetensen hos sjuksköterskan i hemsjukvården och det är önskvärt med specialistkompetenser. Dock saknas det många specialistsjuksköterskor i kommunerna och efterfrågan är stor (Melin – Johansson, 2017, Josefsson & Ljung, 2017).

Sjuksköterskor ställs inför samma krav och ansvar oavsett vart de arbetar men arbetet som sjuksköterska i hemsjukvården är annorlunda då det är mycket komplext eftersom det är en så bred dimension som spänner över alla åldrar och diagnoser som ofta är multipla. Därtill kommer att personerna är spridda i vårdområdet och besöken sker i deras hem under dygnets alla timmar. Sjuksköterskan i hemsjukvården behöver ha bred kunskap och ett gott självförtroende och måste många gånger vara modig för att våga ta det omvårdnadsansvar som krävs. Arbetet är flexibelt och självständigt men sjuksköterskan står samtidigt ofta ensam inför de beslut som behöver tas snabbt och på plats (Josefsson & Ljung, 2017). Det kan t ex. handla om att bedöma och avgöra när personen behöver träffa en läkare och hur brådskande det är, utvärdera pågående insatser och initiera ev. nya insatser (Bökberg & Drevenhorn, 2017).

Att det blivit viktigare med adekvat utbildning inom diabetes visar sig i en studie, då sjuksköterskan behöver ha kunskap för att kunna ge vård av hög kvalitet genom korrekta observationer och bedömningar rörande behandling och egenvård i relation till diabetes. Med ökad kunskap stiger även sjuksköterskans självförtroende och autonomi och vården blir mer professionell (Graue, Dunning, Fjelde-Hausken & Rokne, 2013). Genom att ha en god självkännedom vet sjuksköterskan sina begränsningar och kan be om hjälp och komplettera sin utbildning för att förstärka sin kompetens (Josefsson & Ljung, 2017). En fördel med hemsjukvård är att sjuksköterskan får en helhetsbild av personen och den miljö denne befinner sig och känner sig hemma i. När resurser och behov synliggörs underlättas bedömningen och insatserna kan anpassas efter det (Hilli, 2017). Att bedöma och främja det som personen själv klarar att utföra av sin egenvård och i nästa steg se vad denne behöver stöd med i hemmet är en annan fördel (Bökberg & Drevenhorn, 2017).

Vårdrelation i hemmiljö

Betydelsen av vårdrelation kan variera beroende på situation, sammanhang och på vilka personer som ingår (Kasén, 2017). En person med långvarig sjukdom kan behöva stöd och hjälp för att få balans i livet och tillvaron. Det kan åstadkommas genom att sjuksköterskan i hemsjukvården involveras så tidigt som möjligt i förloppet för att kunna fånga upp och förstå hur varje persons behov och resurser ser ut. Behovet beror inte alltid på hur länge personen haft sin diagnos utan ofta på den nya situationen (Dutton m.fl., 2018). Sjuksköterskan i hemsjukvården kommer som en gäst i någon annans hem för att utföra de insatser personen behöver ha utförda (Josefsson & Ljung, 2017). Genom sin kunskap om vikten av att skapa en god relation kan sjuksköterskan över tid skapa förutsättningar för gemenskap, kontinuitet och god vård. För att lyckas med det gäller det att vara ödmjuk och lyhörd och se sig som en gäst samtidigt som arbetet genomförs på ett säkert och professionellt sätt (Melin-Johansson, 2017). Det öppnar upp för sjuksköterskan att kunna lyssna och observera situationen när en relation skapas mellan personen och vårdpersonalen (Nilsson, Lindberg, Skär & Söderberg, 2016).

Vid planering av hemsjukvård är det av stor vikt att sjuksköterskorna fördelas så att de besöker samma personer så lång det går för att kunna bygga upp förtroende och kontinuitet. Det är även viktigt att involvera, ta hänsyn till och lyssna på anhöriga då de ofta står för en stor del av omvårdnaden i hemmet (Bökberg & Drevenhorn, 2017). Stöd och hjälp från både anhöriga och vårdpersonal gör det möjligt för personen att bo kvar i sitt hem (Nilsson, Lindberg, Skär & Söderberg, 2016). Då vården ofta är långvarig och besöken många i hemsjukvården kan även en vänskap byggas upp med både personen och dennes anhöriga men det gäller för sjuksköterskan att skilja på sina roller och hitta en balans mellan att vara nära och att ha distans (Josefsson & Ljung, 2017).

Olika aktörer i samarbete vid vård i hemmet

Vården i hemmet omfattar medicinska och omvårdande insatser men även rehabilitering är en dimension. För att kunna ge god och väl anpassad vård till en person i dennes hem samarbetar olika legitimerade professioner i ett team och för att kunna underlätta för personen erbjuds att besöken sker i hemmet. Sjuksköterskan i hemsjukvården är ofta den som håller i samordningen mellan de olika professionerna i teamet (Melin-Johansson, 2017) och som leder, organiserar och planerar gemensamma insatser genom individuella och samordnade vårdplaner för personen. I teamet kan, förutom personen och dennes anhöriga, legitimerad läkare, fysio- och arbetsterapeut och sjuksköterska tillsammans med vårdpersonal som hemtjänst ingå (Josefsson & Ljung, 2017). Graue, Dunning, Fjelde-Hausken & Rokne (2013) menar att det finns brister i kommunikation och samarbete i teamet att ta hand om personer med diabetes trots att alla egentligen strävar mot samma mål och att det finns behov av gemensamma riktlinjer för att förbättra situationen.

Diabetessjuksköterskans arbete handlar till stor del om att handleda andra personer. Det kan vara till personal inom och utom den egna verksamheten men den stora delen är handledning till personer med diabetes för att de ska kunna klara sin egenvård och behandling på bästa sätt (Sörman, 2012). Gregory (2013) menar att diabetessjuksköterskan kan stödja och utbilda sjuksköterskorna i hemsjukvården genom praktisk och teoretisk utbildning i mindre grupper. Mätningar gjordes före och efter en utbildning om bl.a. förståelsen och betydelsen av glukoskontroll, vem som behöver få svar på värdena, symtom, risker och behandling av hypoglykemi samt risker och förebygga risker av diabetesfoten. Resultatet var positivt i samtliga avseenden och visade en ökad förståelse hos deltagarna efter genomgången utbildning.

På diabetesmottagningen utförs bl.a. uppföljning av behandling och vid behov förslag på ny behandling, fotundersökningar, utprovning av hjälpmedel och material för blodsockermätning och insulingivning, remisskrivning för synkontroll till sjukhuset och för fotvård till fotvårdsspecialist (Sörman, 2012). Dokumentation sker med fördel i Nationella diabetesregistret som är det nationellt största kvalitetsregistret för diabetes med syfte att underlätta arbetet med förbättringar av diabetesvården (NDR, 2019). Diabetessjuksköterskan fungerar även som konsult mot andra verksamheter som t ex. hemsjukvården och andra avdelningar (Sörman, 2012).

Läkarens ansvar och insatser tillhör, enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30), regionen och kan inte överlåtas på någon. Det betyder att regionen ska se till att det finns tillräckligt med läkarresurser för att täcka behovet i hemsjukvården. Det innebär att läkaren har ansvaret för vård och behandling av personer med diabetes (Socialstyrelsen, 2018). Det är även den förskrivande läkaren som ska bedöma och dokumentera om personen klarar av att ta ansvar för hantering och intag av sina läkemedel (Bökberg & Drevenhorn, 2017).

Hemtjänsten ger personlig och social omsorg i personens hem (Socialstyrelsen, 2019) och omfattas främst av socialtjänstlagen men kan med delegerade uppgifter som t. ex sårömläggningar och läkemedelsgivning även utföra insatser som faller inom hälso- och sjukvårdslagen (Midbøe, Andersson & Estling, 2019). Det är viktigt att hemtjänsten får tydlig information om de insatser som ska utföras. Det görs med fördel genom att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) som omfattar både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen och förtydligar bl.a. vilken insats det gäller, hur den ska utföras och vem som är ansvarig (Craftman, 2019). Det är sjuksköterskan i hemsjukvården som avgör vilka uppgifter som kan och bör delegeras till annan vårdpersonal och som står för den utbildning och handledning som delegerad personal behöver (Bökberg & Drevenhorn, 2017). För att ta emot en delegering krävs att personen kan visa att denne har en reell kompetens och kan ta ansvar för delegeringen. Varje person har även rätt att avböja att ta emot en delegering (SOSFS 1997:14). En studie påvisade att det är tidsbesparande för sjuksköterskan att delegera uppgifter som t.ex. att ge insulin till hemtjänsten även om utbildningen tar en del tid (Dutton m.fl., 2018).

Problemformulering

Antalet människor med diabetes ökar i samhället för varje år. Det beror bl.a. på förbättrad ekonomi och ändrad livsstil med ökad vällävnad men även till stor del på att befolkningen blir äldre. Med åldern ökar risken för T2DM samtidigt som personer med T1DM idag har en längre livslängd tack vare förbättrad vård och behandling. Så länge personer med diabetes har möjlighet erbjuds de gå till sin diabetessjuksköterska och läkare på regelbundna kontroller. Med stigande ålder kan andra hälsoproblem tillkomma som gör att personen inte längre kan ta sig till sin diabetesmottagning och inte klarar av att sköta sin behandling och egenvård och då kan hjälp i hemmet behövas. I hemsjukvården vårdas personer med både T1DM och T2DM där sjuksköterskor har en central roll med ett stort ansvar för vård och behandling och är de som samordnar och leder arbetet med andra aktörer, som t.ex. diabetessjuksköterskan.

Idag är det sparsamt beskrivet i litteraturen om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemmet. Det finns därför ett behov att utforska detta ytterligare.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården.

Metod

Design

I detta projekt används en kvalitativ metod med en induktiv ansats för att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården. Det är en lämplig metod att använda då syftet är att beskriva subjektiva upplevelser och erfarenheter. Med en induktiv ansats söks mönster i materialet och en förutsättningslös analys av texterna som baseras på människans berättelse om sina erfarenheter görs (Polit & Beck, 2016). Projektet baseras på individuella intervjuer med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 4). Intervjuerna analyseras med en kvalitativ innehållsanalys som beskriver variationer genom att identifiera mönster i textinnehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Urval

Ett strategiskt urval av sjuksköterskor i hemsjukvård i Göteborg och på Norra Öland har använts. Ett strategiskt urval tillämpas för att välja ut informanter som kan ge information som svarar på projektets syfte (Polit & Beck, 2016). Projektets inklusionskriterier var att sjuksköterskorna ska ha arbetat i hemsjukvården i minst två år och under denna tid vårdat personer med diabetes. Berörda verksamhetschefer informerades via telefon och mottog mail med information om projektets syfte och upplägg, att deltagandet är frivilligt samt godkännande om deltagande (bilaga 1) och forskningspersonsinformation (bilaga 2). Efter att verksamhetscheferna godkände projektet skickade de ut förfrågan om deltagande till sina hemsjukvårdsgrupper. Informanterna utgjordes av nio kvinnliga sjuksköterskor i åldrarna 30 till 60 år (md 48). Deltagarna var utbildade sjuksköterskor, äldre sjuksköterskor och distriktsköterskor sedan 2 till 30 år (md 14) och har arbetat i hemsjukvården mellan 2 till 30 år (md 5).

Datainsamling

Efter att godkännande från verksamhetscheferna inkommit kontaktades nio intresserade informanter och tillfrågades, både muntligt och skriftligt, om att delta i intervjuer. Samtliga tackade ja till deltagande och fullföljde intervjuerna. Enligt informanternas önskemål och för att skapa en trygghet vid intervjutillfället fick de välja tid och plats. Fyra intervjuer hölls på informanternas arbetsplats i Göteborg och fem intervjuer hemma hos den ena författaren på Öland. Vid intervjutillfället gavs åter muntlig information och påskrivet samtycke samlades in (Bilaga 3). En semistrukturerad intervju utfördes med varje informant och som stöd användes en intervjuguide med öppna frågor (Bilaga 4). Varje intervju avslutades med frågan om informanten hade något de ville tillägga. Det kan vara värdefullt för att få fram ännu mer information (Polit & Beck, 2016). Intervjuerna som utfördes av författarna spelades in under december 2019 och tog mellan 20 – 40 minuter. Vid transkribering kodades intervjuerna och alla personuppgifter togs bort för att säkra konfidentialitet. Inspelningar och texter förvaras inlåsta hos författarna och kommer att raderas när projektet är godkänt.

Dataanalys

Det ska finnas en medvetenhet om förförståelsens inverkan kring fenomenet som studeras (Polit & Beck, 2016). Författarna har en viss erfarenhet och förförståelse om problemområdet. Båda arbetar idag i primärvården. Den ena som distriktssköterska och diabetessjuksköterska och den andra som allmänsjuksköterska. Ena författaren har även arbetat i hemsjukvården tidigare. Båda är snart klara med utbildningen till specialistsjuksköterska inom diabetesvård, 60p. I och med arbetet på vårdcentral finns ett kollegialt samarbete med hemsjukvården vilket ger en viss insyn och kunskap om hemsjukvården. Författarna har, genom att använda en induktiv ansats, strävat efter att söka mönster och förutsättningslöst analysera materialet. Diskussioner har hela tiden förts för att påminna varandra om att sätta förförståelsen åt sidan. För dataanalys har kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) använts. Inspelade intervjuer lyssnades av och transkriberades ordagrant. Samtliga texter genomlästes flera gånger för att få en helhetsbild. Den första analysen gjordes tillsammans och resterande åtta delades jämnt mellan författarna så att första delarna av analysen inte utfördes av egna intervjuer. Meningsbärande enheter, det vill säga textstycken som har samma innehåll och innebörd samt svarar på syftet, identifierades. Genom kondensering kortades meningsenheterna ner utan att förlora något betydande innehåll. Därefter beskrevs texten genom en kod som bestod av några få ord. Sedan träffades författarna och gick igenom, diskuterade och analyserade texterna gemensamt. När olika synpunkter uppstod resonades fram och tillbaka tills konsensus nåddes. Flera koder med lika innehåll samlades ihop och bildade flera olika subkategorier som i sin tur abstraherades ytterligare efter innehåll och bildade kategorier. Det framkom elva subkategorier som resulterade i fyra kategorier.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

| Meningsbärande enhet | Kondensering | Kod | Subkategori | Kategori |
|--|--|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Nästa gång de är där är dom jätte lågt i blodsocker, ringer till oss. Hur äter personen? Nä han äter inte så bra, glömt å ingen matlust å sånt. Det är sånt som jag tycker är nackdel när dom bor hemma. | Hemtjänsten ringer. Personen har fått sitt insulin men äter dåligt. Blodsockret ligger lågt. | Hemtjänsten har behov av stöd. | Samarbete med hemtjänsten. | Interaktion med andra aktörer. |
| Det är lite mer utbildningar just kring diabetes, kost, å allt liksom, det hade varit bra. Diabetes medför en massa annat också. | Mer utbildningar just kring diabetes, kost hade varit bra. | Kompetensbrist | Utbildningsbehov | Kompetensutveckling |

Etiska överväganden

Ett etiskt tillstånd ska sökas för att forskning ska få bedrivas. Anledningen till detta är att varje deltagares integritet ska skyddas och även ge ett skydd för tilltron till vetenskap och forskning. Dock ställs arbeten och uppgifter som hamnar inom ramen för högskole- och universitetsutbildning på grund- och avancerad nivå utanför denna lag då det i lärande syfte förväntas av studenterna att utföra forskning och att kunskapen om etik och integritet inte finns från början utan genereras under studiens gång. Ansvar för att genomföra en uppgift utifrån relevanta frågor och på ett vetenskapligt och etiskt sätt kvarstår dock för studenten (SFS 2003:460). Enligt Cöster (2014) ska arbeten på avancerad nivå kontrolleras och godkännas av handledare som har erforderlig vetenskaplig kompetens.

Etiska överväganden i samband med detta projekt har därför gjorts enligt ovanstående krav och riktlinjer från centrala etikprövningsnämnden och genom att utgå från Vetenskapsrådets (2017) fyra forskningskrav;

- Informationskravet: Vårdenhetschefer informerades via telefon och mail och godkände deltagande via svarsmail. (Bilaga 1). Informanterna informerades både muntligt och skriftligt med forskningspersonsinformation om sin roll i intervjun och att medverkan var frivillig. (Bilaga 2).
- Samtyckeskravet: Informanterna tackade själva ja till sin medverkan och upplystes om att de när som helst kunde avbryta utan att ange anledning och utan negativa konsekvenser. Ett samtyckesformulär undertecknades och lämnades in av varje informant. (Bilaga 3).
- Konfidentialitetskravet: Uppgifter om och från informanter förvarades inlåst och kodat och redovisades så att utomstående inte kunde identifiera informanterna. När projektet har slutförts kommer inspelningar raderas och intervjutexter förstöras.
- Nyttjandekravet: Insamlat material användes enbart för studiens syfte. Inget kunde på något sätt påverka den enskilda informanten.

Tilldelad handledare har erforderlig vetenskaplig kompetens att kontrollera och godkänna att forskarna i detta projekt har följt givna krav och riktlinjer enligt ovan.

Risk- nytta-analys

Enligt Cöster (2014) får inte forskning bedrivas som kan få svar på sätt som utgör mindre risker för deltagarna. Resultatet för detta projekt förväntas ge ökad kunskap om hur det är att vårda personer med diabetes i hemsjukvård och hur samarbetet med andra involverade aktörer fungerar. Det förväntas inte några risker eller konsekvenser för deltagarna mer än att det kan väcka känslor och frågor. Vid frågor eller behov av stöd finns forskarnas kontaktuppgifter på den forskningspersonsinformation som lämnades i samband med förfrågan om deltagande.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier och elva subkategorier. Flera citat av informanterna har använts för att förtydliga innebörden av resultatet.

Tabell 2: Kategorisering

| Subkategori | Kategori |
|---|--------------------------------|
| Beroende av andra professioner Att stödja och utbilda andra | Interaktion med andra aktörer |
| Primärt ansvarig Upprätthålla kompetens Förebygga komplikationer | Diabetesspecifik kompetens |
| Lyhörddhet främjar vårdrelation Mindre kontroll i hemmet Patient- och närståendeutbildning i hemmet Patientsäkerhetsrisker | Att stödja egenvård i hemmet |
| Arbetsledningens betydelse Samordning med andra aktörer | Förutsättningar i organisation |

Interaktion med andra aktörer

Beroende av andra professioner

De flesta informanterna beskrev ingen eller mycket sparsam kontakt med diabetessjuksköterskan i primärvård och på medicinmottagning. Två av informanterna uppgav att de har god kontakt och ett väl fungerande samarbete med diabetessjuksköterskan för återkoppling och diskussion då personer inskrivna i hemsjukvården går till primärvården för sina diabeteskontroller och andra behov. En informant påtalade en brist på överföring av information när en person inskriven i hemsjukvården varit på besök hos diabetessjuksköterskan i primärvården. Återkoppling för att kunna följa upp och motivera personen vidare i behandling och egenvård efterfrågades.

Och då samarbetar vi ju med landstingets diabetessköterskor då det är ju de som håller koll på när årsproverna ska tas och lite så.

informant 1

Jag undrar vad diabetessköterskans uppgift är med tanke på att jag följer upp våra diabetespatienter.

informant 4

Informanterna berättade att de har kontakt med läkaren i primärvården. Det är till läkaren de oftast vänder sig om det uppstår medicinska problem eller frågor. Samarbetet fungerar i de

flesta fall mycket väl och det går att få snabb kontakt och återkoppling vilket är en stor trygghet. Läkaren har regelbundet ronder för kontroller, läkemedelsgenomgångar och medicinjusteringar. En informant upplevde att läkarna saknar engagemang och bara tar initiativ när de fått till sig att något inte fungerar och det finns en önskan om tätare kontroll, utvärdering och återkoppling. En annan svårighet beskrevs uppstå när olika läkare gör olika ordinationer trots samma person och samma värden.

Det är läkaren som är medicinskt ansvariga för diabetespatienter

informant 8

Vi har det bra här på Öland med hemsjukhuset.

informant 2

Hemtjänsten beskrevs som en viktig samarbetsaktör vid vård av personer med diabetes. Erfarenheten var att det brukar fungera mycket väl när hemtjänsten kommer in i bilden. Hemtjänstpersonalen är oftast mycket engagerad och intresserad och står för kontinuiteten i hemmet och lär därför känna och kan läsa av personen. De möter personen i vardagen och vet när och hur personen äter och när det är lämpligt att ge insulin vilket gör vården mer patientsäker. Informanterna menade att sjuksköterskan i hemsjukvården måste lita väldigt mycket på personalen i hemtjänsten då det i praktiken är de som är mest hos personen. Att de tar blodglukos och informerar om ev. avvikelser, att de uppfattar symtom och förändringar och att de informerar om det innan de administrerar insulin. Dessa signaler beskrivs som mycket viktiga att få från hemtjänstpersonalen.

Hemtjänsten är min förlängda arm

informant 9

Förutsättningar för att jobba liksom. Det känner jag hemtjänsten är ju verkligen

informant 5

Att stödja och utbilda andra

En informant erfor att det dagligen uppstår frågor och funderingar angående personer med diabetes och att hemtjänsten behöver en hel del stöd i dessa frågor. En annan informant beskrev att de hela tiden försöker peppa och stödja personalen i hemtjänsten och påtala hur viktiga de är.

Det är ju mest stöd till hemtjänstpersonalen. Det är ju de som gör det mesta nu för tiden. Men vi måste ju ändå finnas i bakgrunden.

informant 1

Många personer som är inskrivna i hemsjukvården är gamla och klarar inte längre av att sköta t ex. sin medicinering. Då kan sjuksköterskan i hemsjukvården delegera insatser till

hemtjänsten som åker ut och hjälper till. Det är viktigt att personalen i hemtjänsten har en baskunskap. Även de som inte har någon delegering. Det kan handla om att veta vad som är viktigt att tänka på hos personer med diabetes och kunna uppmärksamma förändringar, veta vad som är bra kost, kunna motivera och låta personen vara delaktig och inte få allt serverat. En informant påtalade en utvecklingspotential i hemtjänstens kompetens då färre idag är utbildade undersköterskor och flera är utbildade vårdbiträden. Framförallt beskrevs en kunskapsbrist ha uppmärksammats när det gäller att viss personal inte förstår vidden av vad de håller på med. En annan tyckte att det tas lite lätt på insulindelegering och att man behöver förstå sambandet och vad som händer i kroppen. De flesta informanter hade haft undervisning för personalen i hemtjänsten då de inte får ge t ex. insulin utan delegering. Några berättade att de har specialistutbildade sjuksköterskor som sköter undervisningen om diabetes och läkemedel mm för omvårdnadspersonalen.

Vi har mycket delegeringar.

informant 7

En stor uppgift att jobba med delegering av insulingivning.

informant 4

Diabetesspecifik kompetens

Primärt ansvarig

Informanterna beskrev att det är en stor skillnad på hemsjukvården nu mot längre tillbaka. Insatserna beskrevs som mer komplexa idag vilket gör arbetet mer utmanande, sårbart och svårt. Många av de inskrivna personerna är multisjuka med diagnoser som fort kan leda till akuta och allvarliga tillstånd. Informanterna menade vidare att de har ett betydande ansvar som kräver ett stort engagemang. Särskilt svårt är det under kvällar och helger när sjuksköterskorna täcker upp på områden de inte brukar jobba i till vardags. Frågor angående t.ex. blodsockervärden, hos personer de inte träffat tidigare, blir komplicerade då de inte kan relatera till hur det brukar vara. Ett blodsockervärde kan inte generaliseras att gälla för olika personer, samma värde kan vara bra hos en person men en katastrof hos en annan. Sjuksköterskan måste hela tiden prioritera insatser vilket inte ger förutsättningar att kunna utföra god och säker vård. Dock beskrevs inte diabetesärenden kunna prioriteras bort då dessa personer måste ha sina läkemedel.

Att vårda personer med diabetes... Det spontana är att det är skört. Å att också att det är svårt och det är stort ansvar.

informant 5

Informanterna berättade att det vid läkemedelsövertag är hemsjukvårdens ansvar att kontrollera, följa och utvärdera personens blodsockervärden och att se till att personen tar eller får sitt insulin samt andra läkemedel. Sjuksköterskan är patientansvarig för personen. En

informant ansåg att den viktigaste uppgiften är att bevaka blodsockernivåerna och regelbundet göra blodsockerkurvor för att kunna sörja för väl inställda nivåer av insulin samt att alltid ha blodsockervärden som ett observandum vid ev. hälsoförändringar. En annan informant menade att sjuksköterskorna i hemsjukvården själva får ta ansvar för personer med instabila blodsockervärden och göra täta besök för kontroller och insulingivning. Och en tredje om att hemsjukvården själva justerar dosen av insulin vilket kan vara väldigt svårt om personen inte är känd. För att underlätta blodsockerkontrollerna, ha koll på måendet och kunna följa personen i hemmet efterfrågar en informant möjligheten att få tillgång till någon form av digital teknik för egenrapportering av värden som finns idag. Flera informanter påtalade att patienter kommer hem från sjukhus med ordinationer som inte fungerar i hemmet. Då behöver en läkare kontaktas för ny bedömning och ordination. Några ansåg också att hemsjukvårdens sjuksköterskor många gånger tar på sig ett större ansvar än de egentligen borde och att det krävs en stor kunskap för att kunna vårda personer med diabetes.

Det innebär väldigt mycket ansvar över de här patienterna. Man kan säga ständigt orolig att missa någonting. Extra ansvar om dessa patienter jämfört med andra läkemedelsövertag då det handlar om andra läkemedel för det är ju en så pass allvarlig sjukdom.

informant 8

Upprätthålla kompetens

Majoriteten av informanter upplevde sig ha tillräckligt med kunskap och kände sig trygga med det. Till stor del beskrevs detta bero på erfarenhet efter att ha arbetat länge i vården och till viss del på extra utbildning. Samtliga skulle ändå vilja ha mer kunskap om insulin och nyare diabetesläkemedel, dess verkan samt hur kost och motion kan påverka. Vissa ansåg att alla sjuksköterskor har tillräckliga baskunskaper för att förebygga vårdskada men att det behövs betydligt mer diabeteskunskap än vad som ges under grundutbildningen för att ge en bra diabetesvård. Därtill efterfrågades tid för utbyte av erfarenheter med andra kollegor. En informant påtalade också att det är viktigt att ha en god diabeteskunskap för att kunna hjälpa läkarna förstå helheten då de inte alltid upplevs ha den kunskapen. Vissa informanter hade erbjudits föreläsningar och utbildningar och beskrevs ha möjlighet att bjuda in diabetessjuksköterskan för att prata läkemedel och hur man kan tänka vid vård av personer med diabetes. Andra hade inte erfarenhet av tillräcklig kompetensutveckling för tillfället men uttryckte en stark önskan om fortbildning. Informanterna påtalade att de som sjuksköterskor har ansvar att uppdatera sig i kunskap och nyheter men att det är svårt att få tid till det.

Vi har ansvar att uppdatera oss om allt vad som är nytt, nytillkommet. Det är inte så lätt. Om det finns nya rutiner inom vården så tittar vi i vårdhandboken

informant 8

Förebygga komplikationer

En av informanterna påtalade att ett problem för personer med diabetes är skor och tryck och att de faktiskt inte alltid har känsel i fötterna och därför inte känner om det trycker och skaver. En del är inte heller mottagliga för information om att de behöver byta skor då de inte är bra för personens fötter. Samma sak gällande madrasser och risk för trycksår. En informant uppgav att de inte tittar på fötterna regelbundet och en annan att de inte har den kunskapen om hur, när och hur ofta det ska göras men att hemtjänsten är behjälplig genom att kontrollera fötter och tår när de hjälper personen med dusch och sedan bokar fotvård vid behov. Informanterna såg ofta följderna av diabetes i form av svårårläta sår. I diabetesvården ingår därför ofta sårbehandling. De flesta av patienterna med diabetes har sår i perioder. Sjuksköterskor i hemsjukvård kan en hel del om diabetessår och sårvård. Det beskrevs att det är viktigt att förstå sambanden om hur t ex. en sårinfektion påverkar blodsockervärden.

Sår är den största komplikationen som vi ser ganska ofta t ex. bensår. Ofta jättesvårårläta.

informant 6

Att stödja egenvård i hemmet

Lyhördhet främjar vårdrelation

Flera informanter beskrev att lyhördhet är viktigt i hemmet då sjuksköterskan i hemsjukvården kommer som en gäst även om det handlar om att t ex. ha tagit över läkemedelsansvaret. Att vara lyhörd främjar en bra vårdrelation. Samtidigt kan det vara svårt då personen skött sig själv i hela sitt liv och plötsligt ska fräntas sin självständighet som vid läkemedelsövertag och blodsockerkontroller. Personen kanske inte känner sig sjuk och förstår inte heller allvaret med sjukdomen, trots hypoglykemi eller ketoacidosis med sjukhusvård till följd. Då gäller det för sjuksköterskan att vara lyhörd och hitta vägar för att kunna ta över på ett bra sätt. Hemmiljön säger även mycket om personen. Finns det läsk och godis hemma kan det vara lättare att förstå varför personen har höga glukosvärden. Det beskrevs som svårt att ändra vanor och beteenden men genom att vara lyhörd kan sjuksköterskan fånga upp personens resurser och motivera personen till förändring. En informant ansåg att vårdrelationen inte skiljer sig utan är lika viktig oavsett vart personen befinner sig. Däremot beskrevs kvaliteten på besöket som viktigare än frekvensen pga. att besöken ofta är korta.

Vårdrelationen, ja men den är ju annorlunda i hemmet. Där lär man ju känna eller ofta känna patienterna så småningom det gör man ju. Och det är ju bra.

informant 2

Mindre kontroll i hemmet

Informanterna beskrev det som bekymmersamt att vårda i hemmiljön eftersom de inte kan ha lika mycket tillsyn och därmed inte kan ha full kontroll. Samtidigt är det i hemmet som

vården ändå måste fungera. Vidare påtalade de att de aldrig vet vad som händer när de inte är där – patienterna kan stoppa i sig ett paket socker. Det gäller att försöka anpassa insulin och provtagning så gott det går. Det är även svårt att ha kontroll när personen kommer hem efter sjukhusvistelse och sedan har andra rutiner och matvanor i vardagen. Det kan t ex. vara svårt att styra kosthållningen vilket är en viktig faktor i behandlingen av diabetes. Då det är personens hem har personen rätt att äta och dricka det denne vill och tycker om, även om kunskap kan finnas om bättre alternativ.

Att de är hemma innebär att vi inte har lika mycket kontroll över patienten

informant 8

Patient- och närståendebildning i hemmet

Vikten av tydlighet vid patientundervisning och att se vilka resurser personen har framkom. Personen kan klara mycket själv med stöd och under överinseende. Det kan t ex. handla om att ta sitt blodsocker och ge sig insulininjektioner själv. En informant berättade att två personer tack vare patientutbildning blev motiverade till att börja motionera, och ändra kostvanor med viktneidgång till följd, varpå blodsockret gick ner och behovet av insulin försvann. Det beskrevs även vara en fördel om även närstående har möjlighet att delta i patientutbildningarna.

Genom åren har vi ju haft några som vi lärt hemma att ta sitt insulin

informant 8

Patientsäkerhetsrisker

Svårigheter som kan uppstå när en person med diabetes blir dement beskrevs. En riskfaktor är att de tar sitt insulin men sedan glömmar äta. En annan att de glömt att de tagit sitt insulin och tar en gång till. Egna gamla knep, som att ta lite insulin när de känner att kroppen behöver det, kan utgöra en risk när kroppens signaler inte längre fungerar som tidigare. I de senare fallen förespråkades att läkemedel och hjälpmedel låses in för att förebygga den risken. Ensamhet är ett annat problem om personen blir hypoglykemisk och inte får i sig något och då kan bli liggande. En annan stor riskfaktor är när en person med insulinbehandlad diabetes även har ett alkoholmissbruk.

Jag är väldigt rädd för när man är ensamboende och har en demenssjukdom. Det är två jättestora riskfaktorer och där kan inte vi med våra insatser garantera deras säkerhet

informant 3

Förutsättningar i organisation

Arbetsledningens betydelse

Flera informanter påtalade att det saknas grundläggande rutiner och checklistor för diabetesvården i hemsjukvården. Ansvaret läggs därför många gånger på den enskilda sjuksköterskan som ensam måste prioritera insatser för de personer som är inskrivna i hemsjukvården. Ofta bygger prioriteringarna mer på erfarenhet än kunskap vilket beskrevs som ett problem då nya sjuksköterskor inte får tillräcklig tid för inskolning och utbildning i inledningsskedet. En informant berättade att det inte heller är något inskrivningsstopp i hemsjukvården vilket betyder att fler personer under senaste tiden har skrivits in än ut. Det ger en ökad belastning i hemsjukvården samtidigt som antalet sjuksköterskor är konstant vilket i praktiken betyder att det är för lite resurser för att alla personer ska få den vård de behöver. Upplevelsen är att det då inte går att bedriva patientsäker vård vilket borde uppmärksammas och åtgärdas av cheferna. Tid för reflektion, konsultation med andra, planering och förkovran upplevs av de flesta informanter vara bristfällig och endast en av informanternas chefer ger tid detta och tillstyrker de utbildningar som önskas och upplevs behövas. Övriga informanter anger att de få lösa det själva efter bästa förmåga.

Hinder är nog dålig styrning i verksamheten, att sådana saker som kontinuerlig utbildning, samarbete måste vara inplanerad i verksamheten och styrd från chefsnivå. Finns inte det så är det ett stort hinder, det kommer inte fungera och inte göras.

informant 8

Samordning med andra aktörer

Flera informanter beskrev att det är oklart vem som ska göra vad gällande vården av personer med diabetes. Många gånger tas det, från regionernas sida, för givet att sjuksköterskan i hemsjukvården ska ta det fulla ansvaret när personen är inskriven i hemsjukvården. Dock kan orsaken till inskrivning vara specifik och/eller tillfällig som t ex. såromläggning och delegerade insatser. Några informanter anser då att primärvården har ansvaret för personens övriga behov och insatser som t ex. diabetesvården samtidigt som andra informanter menar att hemsjukvården alltid har ett helhetsansvar för inskrivna personer.

Vilket är kommunens ansvar och vilket är vårdcentralens ansvar?

informant 7

En återkommande önskan från informanterna var att få ett utökat samarbete med och att mer kunna involvera diabetessjuksköterskan från primärvården i hemsjukvården. Möjlighet till direktkontakt för råd och stöd skulle vara betydande för att kunna ställa frågor som dyker upp på plats hemma hos personen. Kanske kunna göra hembesök tillsammans? Även närmare och mer lättillgänglig kontakt med dietist efterfrågades.

Det skulle vara krångligt att också ha kontakt med diabetessköterska då det inte är inplanerat i systemet. Då måste det vara inplanerat i organisationen att om vi också ska ha kontakt med diabetessköterska.

informant 8

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med projektet var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården. Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer för att sjuksköterskan fritt skulle kunna reflektera över sina personliga erfarenheter. Detta kan säkerhetsställa studiens giltighet (Graneheim & Lundman, 2004, Polit & Beck, 2016). En deduktiv ansats var inte aktuell då projektet inte utgick från någon modell eller teori.

Urvalet bestod av 9 kvinnor. Att inga män inkluderades var ofrivilligt och hade kanske gett ett annorlunda resultat. Sjuksköterskorna hade arbetat i hemsjukvården mellan 2 till 30 år och var i varierande åldrar, vilket kan ses som en styrka då informanterna hade olika erfarenheter och kompetenser. Antalet informanter berör inte giltigheten i en kvalitativ innehållsanalys utan typ av material som samlas in i datainsamlingen (Graneheim & Lundman, 2004).

För att kunna fokusera på informanternas berättelser spelades intervjuerna in med god ljudkvalitet vilket rekommenderas av Polit & Beck (2016). Detta gjordes för att få med all data och undvika att skriva, vilket är en styrka i arbetet. Ingen uttryckte någon oro eller nervositet för att bli inspelad. En svaghet kan vara att man skapar en relation med informanten och att det då kan vara svårt att vara neutral i intervjun. Den som intervjuar blir en del av intervjun vilket gör att resultatet inte är oberoende (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Framför allt eftersom en viss förförståelse fanns och att samtalet då kan ledas i en viss riktning. Samtidigt kan det vara en styrka för att få meningsfulla intervjuer. Författarna har inte tidigare genomfört någon kvalitativ studie med intervjuer. Detta kan vara en svaghet då vi inte har den erfarenheten.

En manifest innehållsanalys valdes för att vara så textnära som möjligt. Författarna valde att läsa varandras intervjuer och genomläsning gjordes ett flertal gånger för att lära känna materialet och för att få med all data som motsvarade syftet. Enligt Graneheim & Lundman (2004) styrker det trovärdigheten när de meningsbärande enheterna ska tas ut. Därefter lästes texterna gemensamt, reflekterades och olika tolkningsmöjligheter diskuterades vilket vi anser vara en styrka. I resultatet redovisades subkategorier, kategorier och citat angavs. Det stärker enligt Graneheim & Lundman (2004) tillförlitligheten samt stödjer och illustrerar resultatet (Polit & Beck, 2016).

Överförbarheten bedöms av läsaren som avgör om resultat är överförbart i andra sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna genomfördes på två olika platser i landet, i stad och på landsbygd och i olika miljöer, på informanternas arbetsplatser och i ena författarens hem. Att få erfarenheter från olika perspektiv och olika organiserade hemsjukvårdsområden anser vi vara en styrka. Vi är dock medvetna om att hemsjukvården är olika organiserad och varierar över landet vilket gör att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om projektet utförts på annat ställe. Författarna har försökt uppnå överförbarhet genom att noggrant beskriva analysprocessen.

Resultatdiskussion

Resultatet visar på sjuksköterskornas erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården vilket stämmer överens med projektets syfte.

I resultatet framkommer att sjuksköterskorna i hemsjukvården samarbetar olika mycket med diabetessjuksköterskan, men samtliga anser att de vill ha mer kontakt och att det finns en utvecklingspotential inom området. Det finns en efterfrågan på stöd hos sjuksköterskorna i hemsjukvården för att främja diabetesvården och kunna vara trygga med vårdansvaret för personer med diabetes (Huber, Huber & Shaha, 2011). Diabetessjuksköterskan har, genom lokala avtal, en nyckelroll som konsult för råd, stöd och utbildning till hemsjukvården (Riordan, McHugh, Murphy, Barrett & Kearnet, 2017). Idag satsar redan många kommuner på att utbilda och anställa diabetessjuksköterskor till hemsjukvården.

Läkaren, som är medicinskt ansvarig och den som gör medicinska bedömningar, visar sig vara den som sjuksköterskorna i hemsjukvården har mest kontakt med inom primärvården. Erfarenheten är att det ibland är ett dåligt engagemang, med brist på kontroll, uppföljning och återkoppling samt oklara ordinationer, från läkarens sida. Liu & Kohlen (2017) uppger att sjuksköterskan i hemsjukvården upplever sig vara en länk mellan patient och läkare. Dock är det ibland svårt att kommunicera och sjuksköterskan känner sig ibland i underläge och har då svårt att ställa frågor om ordinationer och instruktioner.

Det framkommer i resultatet att sjuksköterskorna i hemsjukvården anser sig ha tillräcklig kunskap för att undvika vårdskador och flertalet upplever sig ha tillräcklig grundkunskap för att känna sig trygga med att vårda personer med diabetes. Samtliga anser ändå att de behöver och efterfrågar olika former av diabetesutbildning. Erfarenhet, dvs. beprövad erfarenhet, är också kunskap och när den saknas ökar risken att personen får fel vård vilket direkt kan leda till vårdskada (Socialstyrelsen, 2018). Tidigare erfarenheter är viktigt för att ge säkerhet i professionen (Josefsson & Peltonen, 2015). Sjuksköterskan är ofta ensam i sitt uppdrag. Därför är det av stor vikt att få dela kunskap med andra för att känna sig mindre sårbar. Dock är det en organisatorisk fråga då det är chefen som styr möjligheten till utbildning och utbyte av erfarenhet men att det finns begränsningar då förkovran och kompetensutveckling inte planeras in i verksamheten (Andersson, Lindholm, Pettersson & Jonasson, 2017).

I resultatet framkommer även att sjuksköterskorna i hemsjukvården upplever att många människor idag blir äldre och multisjuka och därmed har ett stort vårdbehov. Möjlighet till hemsjukvård gör att många ändå kan bo kvar i sitt hem. Att vårda i hemmet beskrivs som ett stort och ofta komplext ansvar men det har också fördelar som att det kan ge en speciell kontakt och även andra värden som att sjuksköterskan kan fånga upp helheten genom att se hur det ser ut i hemmet. Sjuksköterskan har ett uppdrag men är samtidigt en gäst i personens hem. Att vårdbehovet i hemmet ökat och att vård och behandling blivit mer avancerad har också framkommit i tidigare forskning (Andersson, Lindholm, Pettersson & Jonasson, 2017; Næss, Kirkevold, Hammer, Straand & Bruun Wyller, 2017). Att som sjuksköterska arbeta i en persons hem beskrivs också som att vara avslappnande och med viss frihet samtidigt som det är ett mycket stort ansvar (Josefson & Peltonen, 2015). För att vården i hemmet ska fungera är det viktigt att sjuksköterskan i hemsjukvården är lyhörd, öppen och inlyssnande så att personen kan känna tillit och trygghet och våga delge sjuksköterskan sina upplevelser och erfarenheter om hela sin situation. Denna interaktion har förutsättningar för en omtänksam och vårdande relation (Johansson, Österberg, Almerud, Leksell & Berglund, 2016). Vidare menar Johansson m.fl. (2016) att det är viktigt ha en god dialog och låta personen vara delaktig i planering och beslut för att kunna möta dennes behov.

Resultatet visar att sjuksköterskan i hemsjukvården har mindre kontroll på personen i hemmet då de inte hela tiden kan ha tillsyn. Det gör att vården inte alltid är patientsäker på grund av faktorer som t ex. demens och ensamhet i samband med hypoglykemi. Haltbakk m.fl. (2018) menar att bl.a. minskad förmåga till egenvård, kognitiv svikt, läkemedelseffekter och brister i vården, som brist på kunskap om säkerheten för äldre personer vid bl.a. hypoglykemi och polyfarmaci, ökar risken för biverkningar och komplikationer.

Resultatet lyfter fram att det finns en efterfrågan på digital teknik som skulle kunna förenkla och underlätta kontroll och uppföljning av inskrivna personer med diabetes. Den digitala tekniken kan förbättra vården genom att förändrade värden snabbt kan upptäckas och insatser som gjorts, enklare kan följas upp. Dock kvarstår behovet av personlig kontakt och kommunikation vilket visar att båda delarna bör integreras med varandra (Lie, Bjørg Karlsen, Graue & Oftedal, 2019). När tekniken är anpassad efter personen kan det även ge en känsla av säkerhet och självständighet hos personen (Karlsen, Moe, Haraldstad & Thygesen, 2019). Inte minst skulle digital teknik kunna prioriteras i hemsjukvården för att underlätta arbetet för sjuksköterskorna och öka säkerheten hos dem som är inskrivna i hemsjukvården.

Brist på personal visade sig ge ett större patientansvar samt ökad belastning och tidsbrist för sjuksköterskorna i hemsjukvården. En försämrad arbetsmiljö på grund av för få sjuksköterskor och tidsbrist gör att vården inte alltid kan garanteras vara god och säker vilket är en organisatorisk utmaning (Graue, Dunning, Fjelde-Hausken och Rokne, 2013). Detta diskuteras även av Ball (2017) som påvisar att personalbrist har samband med tidsbrist vilket innebär att viss vård kan behöva prioriteras bort. Dessa prioriteringar påverkar vårdens kvalitet och säkerhet negativt och kan till och med leda till vårdskada och död. Vidare

konstateras att det är vårdgivaren som har ansvaret och ska ha kunskapen att se till att vården i hemmet har tillräckliga resurser för att kunna bedriva god och säker vård (Haltbakk m.fl., 2018).

Resultatet pekar på att viktiga grundläggande rutiner och checklistor för diabetesvården ofta saknas i hemsjukvården. Likaså saknas inte sällan rutiner för samarbete med andra aktörer såsom primärvården, vilket gör att det råder skilda meningar om vem som ska göra vad. Josefsson & Pettersson (2015) bekräftar att ovanstående riktlinjer ofta saknas men att det är en organisatorisk fråga som måste ordnas på chefsnivå. Vården i det tvärprofessionella teamet är ofta komplex. Om teamets medlemmar då har olika syn på vilka roller de har kan det försvåra ytterligare. Då gäller det för medlemmarna i teamet att klargöra och förtydliga vem som gör vad. När alla i teamet bidrar och tar ansvar förbättras relationerna och kompetensen ökar (Liu & Kohlen, 2017; Huber, Huber & Shaha, 2011).

I resultatet framkommer även att möjligheten för samarbete med primärvården skiljde sig mellan stad och landsbygd. På landsbygden finns oftare färre hälso- och vårdcentraler vilket underlättar kontakten jämfört med i staden. Sjuksköterskorna i hemsjukvården på Norra Öland berättar att de har goda förutsättningar för samarbete med läkaren genom att de arbetar tillsammans i hemsjukhuset enligt Borgholmsmodellen. Det är en modell som visar på vikten av gott samarbete med andra aktörer och som är en samverkan mellan hälsocentralen, kommunen och ambulansen på norra Öland. Målet är att, så lång det går, vårda personen i hemmet och på så sätt undvika sjukhusbesök (Borgholms kommun, 2019; Region Kalmar län, 2018; SKL, 2018 & Sveriges läkarförbund, 2018). Det goda samarbetet är ett resultat av denna modell och kanske något att ta efter för hemsjukvården på andra platser.

De vårdvetenskapliga begreppen vårdmiljö och vårdrelation framstår som relevanta och betydelsefulla för sjuksköterskans utövande av vård av personer med diabetes i hemsjukvården vilket även visar sig i tidigare forskning och vårdvetenskaplig litteratur av Hilli (2017 och Kasén (2017). Resultatet visar även att sjuksköterskans kärnkompetenser tillämpas genomgående i hemsjukvården.

För framtida forskning föreslås att utvärdera behovet av diabetessjuksköterska i hemsjukvården och undersöka vidare hur sjuksköterskans kärnkompetenser tillämpas.

Slutsats

Detta projekt uppmärksammar vården av personer med diabetes och sjuksköterskans komplexa arbetssituation och stora ansvar i hemsjukvården. För att kunna ge god vård utifrån evidens och beprövad erfarenhet finns behov av en bred grundkunskap, kontinuerlig kompetensutveckling samt stöd för rådfrågning vilket saknas och efterfrågas. En möjlighet att möta dessa behov är att skapa och främja en god samverkan med diabetessjuksköterskan i primärvården och på specialistmottagningen för kliniskt ökat samarbete och tillgång till

kontakt, stöd och utbildning. Dock behöver det i grunden organiseras på chefsnivå för att få en ömsesidig rutin. Därtill har chefen även ansvaret för att tillgodose de kunskaps- och utvecklingsbehov sjuksköterskorna i hemsjukvården har vilket idag är bristfälligt. Digital teknik utvecklas i rask takt och i framtiden kommer flera möjligheter finnas för användande i vården. För hemsjukvården som kan ha långa avstånd att köra skulle det kunna vara en fördel då det kan ge tätare kontakt och kontroll på personen genom att använda sig av digitala hjälpmedel mellan de fysiska besöken. Likaså kan digital teknik underlätta möjligheten för kontakt för råd och stöd med exempelvis diabetessjuksköterskan och även öppna upp för att kunna söka information.

Referenslista

- Agardh, C-D. & Berne, C. (2010). *Diabetes* (4. [rev.] uppl.). Stockholm: Liber.
- Aiello, L. P., Sun, W. A., Cleary, P. M., Lachin, J., Das, A., Gangaputra, S., Nathan, D. (2015). Intensive diabetes therapy and ocular surgery in type 1 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 372(18), 1722-1733.
- Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson, M., & Jonasson, L. (2017). Nurses' competencies in home healthcare: An interview study. *BMC Nursing*, 16(1), 65.
- Ball, J. (2017). Nurse staffing, care left undone and patient mortality in acute hospitals. Hämtad 2019-12-05 från: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45563>
- Bebu, I., Braffett, B., Orchard, T., Lorenzi, G., & Lachin, J. (2019). Mediation of the Effect of Glycemia on the Risk of CVD Outcomes in Type 1 Diabetes: The DCCT/EDIC Study. *Diabetes Care*, 42(7), 1284-1289.
- Borgholms kommun. (2019). Hämtad 2020-02-27 på: <https://www.borgholm.se/regeringens-utredare-anna-nergardh-till-borgholm-for-att-studera-borgholmsmodellen-pa-plats/>
- Brunton, S. (2017). Who Cares for People With Diabetes? We Do! *Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association*, 35(1), 3.
- Bökberg, C. & Drevenhorn, E. (2017). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn. (Red.). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Craftman, Å. (2019). Hantering av läkemedel i hemmet. I M. Ekstedt & M. Flink. (Red.). *Hemsjukvård: olika perspektiv på trygg och säker vård* (ss. 253-260). Stockholm: Liber.
- Cöster, H. (2014). Forskningsetik och ömsesidighet- vård, social omsorg och skola. Stockholm: Liber AB. (S. 90)
- IDF. The International Diabetes Federation. (2019). Hämtad 2019-12-20 från: <https://www.idf.org>
- Diabetesförbundet. (2019). Hämtad 2019-11-27 från: <https://www.diabetes.se>
- Dieren, S., Peelen, L., Nöthlings, U., Schouw, Y., Rutten, G., Spijkerman, A. & Beulens, J. (2011). External validation of the UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) risk engine in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia*, 54(2), 264-270.

- Dutton, J., Mccaskill, K., Alton, S., Levesley, M., Hemingway, C., & Farndon, L. (2018). Changing roles in community health care: Delegation of insulin injections to health care support workers. *British Journal of Community Nursing*, 23(1), 14-19.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén. (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekstedt, M., & Flink, M. (2019). *Hemsjukvård: olika perspektiv på trygg och säker vård*. (Första upplagan): Stockholm: Liber.
- Eliasson, B., & Zethelius, B. (2017). Diabetes mellitus. I S. Lindgren, A. Engström-Laurent, K. Karason & E. Tiensuu Janson. (Red.). *Medicin* (ss. 403-454). Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, B., Liakopoulos, V., Franzén, S., Näslund, I., Svensson, A., Ottosson, J., & Gudbjörnsdóttir, S. (2015). Cardiovascular disease and mortality in patients with type 2 diabetes after bariatric surgery in Sweden: A nationwide, matched, observational cohort study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3(11), 847-854.
- Etikprövningsmyndigheten. Hämtad 2020-01-06 från: <https://etikprovningmyndigheten.se>
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Graue, M., Dunning, T., Hausken, M F., & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(4), 241-247.
- Gregory, S. (2018). Diabetes care in care home and residential settings. *British Journal of Community Nursing*, 23(10), 510-513.
- Haltbakk, J., Graue, M., Harris, J., Kirkevold, M., Dunning, T., & Sigurdardóttir, A. (2019). Integrative review: Patient safety among older people with diabetes in home care services. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2449-2460.
- Hilli, Y. (2017). Hemmet. I L. Wiklund. Gustin & I. Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Huber, C, Huber, JW, & Shaha, M. (2011). Diabetes care of dependent older adults: An exploratory study of nurses' perspectives. *European Diabetes Nursing*, 8(3), 88-92a.

HSL 2017:30. Hälso-och sjukvårdslag. Hämtad 2019-12-03 från:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Johansson, K., Österberg, S., Leksell, J., & Berglund, M. (2016). Patients' experiences of support for learning to live with diabetes to promote health and well-being: A lifeworld phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 31330.

Josefsson, K. & Ljung, S. (2017). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I E. Drevenhorn. (Red.). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Josefsson K., Peltonen S. (2015). District nurses' experience of working in home care in Sweden. *Healthy Aging Research* 4:37. doi:10.12715/har.2015.4.37.

Kasén, A. (2017). "Patient" och "sjuksköterska" i en vårdande relation. I Gustin & I. Bergbom. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsen, C., Moe, CE., Haraldstad, K. & Thygesen, E. (2019). Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. *Journal of clinical nursing*, 28(1300-1313).

Liakopoulos, V., Franzén, S., Svensson, A-M., Zethelius, B., Ottosson, J., Näslund, I., Gudbjörnsdottir, S. & Eliasson. B. (2017). Changes in risk factors and their contribution to reduction of mortality risk following gastric bypass surgery among obese individuals with type 2 diabetes: A nationwide, matched, observational cohort study. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 5(1), E000386.

Lie, S., Karlsen, B., Graue, M., & Oftedal, B. (2019). The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient–nurse relationship: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 741-749.

Liu, P. Y., & Kohlen, H. (2017). Tensions in diabetes care practice: Ethical challenges with a focus on nurses in a home-based care team. In *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice* (pp. 211-235). Springer International Publishing.

- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U.. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Melin – Johansson. C. (2017). Kvalificerad vård i hemmet. I E. Drevenhorn. (Red.). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Midbøe, L., Andersson, A. & Estling, E. (2019). Vad är hemsjukvård. I M. Ekstedt & M. Flink. (Red.). *Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård*. Stockholm: Liber.
- NDR. (1996). Nationellt diabetesregister. Hämtad 2019-12-15 från: <https://www.ndr.nu/#/om-ndr>
- Naess, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: Observational study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 645.
- Nilsson, C., Lindberg, B., Skär, L., & Söderberg, S. (2016). Meanings of balance for people with long-term illnesses. *British Journal of Community Nursing*, 21(11), 563-567.
- Persson, J., Erlingsdottir, G., Johansson, G., Llöfqvist, L., & Olander, E. (2019). Den enes arbetsplats den andres hem – design av kringutrustning för en säker, tilltalande och hållbar vårdmiljö. I M. Ekstedt & M. Flink. (Red.). *Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård*. Stockholm: Liber.
- Polit, D. F., & Beck, C. T (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rawshani, A., Rawshani, A., & Gudbjörnsdottir, S. (2017). Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 377(3), 300-301.
- Region Kalmar Län. (2018). Hämtad 2020-02-27 från: https://www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/nara-varld-2/projekt/hemsjukhuset-borgholm/
- Riordan, F., Mchugh, S., Murphy, K., Barrett, J., & Kearney, P. (2017). The role of nurse specialists in the delivery of integrated diabetes care: A cross-sectional survey of diabetes nurse specialist services. *BMJ Open*, 7(8), E015049.

- SFS. 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2020-01-06 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SKL. (2018). *Nära vård i Borgholm*. Hämtad 2020-02-27 från: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-694-0.pdf>
- Socialstyrelsen. (1997). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Hämtad 2019-12-11 från: <http://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter>
- Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes- en vägledning till hälso- och sjukvården*. Hämtad 2019-12-11 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2011-11-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018 a). *Nationella Riktlinjer Diabetesvård. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2019-12-11 från: <https://www.socialstyrelsen.se/.../nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/diabetes>
- Socialstyrelsen. (2018 b). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018*. Hämtad 2019-12-05 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-21.pdf>
- Socialstyrelsen (2019). *Socialstyrelsens Termbank*. Tillgänglig 2019-12-05 på: <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
- Sveriges läkarförbund. (2018). *Virtuella hemsjukhus? Ja det finns*. Hämtad 2020-02-27 från: <https://www.youtube.com/watch?v=-3IWEBie3Wo>
- Sörman, E. (2012). *Diabetessjuksköterskan*. I K. Wikblad. (Red.). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2017). Hämtad 2020-01-06 från: <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- WHO (2019). *World Health Organization Classification of diabetes mellitus*. Hämtad 2019-12-20 från: <https://www.who.int/publications-detail/classification-of-diabetes-mellitus>
- Wilkinson, L., Whitehead, M. & Crowe, N. (2016). Nurses perspectives on long-term condition self-management: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, (25), ss.

Öresland, S. (2017). Sjuksköterskor går på visit – aspekter på hembesök, etik och genus. I E. Drevenhorn. (Red.). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 1: Informationsbrev till enhetschef och verksamhetschef

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildning till diabetessjuksköterska vid Göteborgs universitet. Under höstterminen 2019 och våren 2020 kommer vi att skriva vår magisteruppsats. I uppsatsen vill vi beskriva sjuksköterskans erfarenhet att vårda personer med diabetes i hemsjukvården. Projektet kommer att genomföras under december och januari i form av intervjuer med 8–10 sjuksköterskor inom hemsjukvården i Göteborg och på Öland. Intervjuerna kommer att genomföras av undertecknade studenter. De beräknas ta cirka 30 minuter och spelas in på band. Plats kommer att bestämmas efter deltagarnas önskemål.

Det inspelade materialet kommer endast att hanteras av ansvariga för projektet och kommer att förstöras efter godkänd uppsats. Resultatet kommer att redovisas på ett sådant sätt att deltagare är anonyma och inte kan identifieras. Deltagandet i intervju är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Resultatet av studien kommer att presenteras i en magisteruppsats vid Göteborgs universitet. Deltagarna har möjlighet att ta del av studien genom att kontakta någon av nedanstående personer.

För att hitta lämpliga deltagare önskar vi att komma i kontakt med sjuksköterskor som har minst 2 års erfarenhet av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården. Vi vore mycket tacksamma om du har möjlighet att förmedla kontaktuppgifter så att vi kan ta kontakt för vidare praktisk planering. Vid godkännandet av detta projekt önskar vi ditt samtycke skriftligt via epost senast 191205.

Tack på förhand och med vänlig hälsning

Camilla Sörman
Sjuksköterska och student vid Göteborgs universitet
camilla_diabetes@telia.com
Mobil: xxx

Lena Bengtsson
Diabetessjuksköterska och student vid Göteborgs universitet
gusblena62@student.gu.se
Mobil: xxx

Carina Sparud-Lundin
Universitetslektor, docent /Handledare
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet
carina.s-lundin@fhs.gu.se
Telefon: xxx



SAHLGRENKA AKADEMIN

Bilaga 2: Forskningspersonsinformation

*Projekttitel: Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda personer med diabetes i
hemsjukvården*

Bakgrund och syfte

Vi är två sjuksköterskor som studerar på Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård vid Göteborgs universitet. Vi skriver ett examensarbete där vi vill beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården och även samarbetet med andra berörda vårdaktörer. Dessa sjuksköterskor har en central roll och ett stort ansvar i vården och det finns idag en kunskapslucka både om erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemmet och samarbetet med andra aktörer. Vår förhoppning är att projektet kan bidra med viktig och fördjupad kunskap i ämnet.

Förfrågan om deltagande

Vi vänder oss till dig som arbetar som sjuksköterska i hemsjukvården och har minst 2 års erfarenhet av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården. Du kan ha allmän sjuksköterskeutbildning- eller specialistsjuksköterskeutbildning. Vi undrar nu om du kan tänka dig att dela med dig av dina erfarenheter i en intervju. Om du samtycker kommer du att kontaktas av ansvariga för studien via telefon för att bestämma tid och plats för intervjun.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att du kommer att intervjuas av en av oss. Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter och samtalet sker på en plats som du själv väljer. Intervjun kommer att spelas in på band.

Hantering av data och sekretess

Det inspelade materialet kommer endast att hanteras av ansvariga för projektet och kommer att förstöras när projektet är slutfört. Du som deltagare kommer inte kunna identifieras i redovisningen av resultatet.

Finns det några fördelar?

Din medverkan ger inga direkta fördelar för dig men Du får möjlighet att dela med dig av dina upplevelser och erfarenheter. Detta kan bidra till ökad kunskap och till en vård som är bättre anpassad för att vårda i hemmet.

Vilka är riskerna?

Att bli intervjuad kan väcka känslor även om detta i huvudsak är relaterat till din yrkesverksamhet och inte ditt privatliv. Om någon fråga upplevs olustig eller känslös kan Du avstå att svara på den. Det går också bra att kontakta oss efter intervjun.

Frivillighet

Deltagandet i projektet är helt frivilligt och Du har rätt att när som helst avbryta din medverkan utan att ange någon förklaring.
Det utgår ingen ersättning för deltagande i intervju.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet kommer att presenteras i form av en uppsats vid Göteborgs Universitet och Du har möjlighet att ta del av uppsatsen genom att kontakta någon av nedanstående personer.

Ansvarig forskningshuvudman

Göteborgs universitet

Projektansvariga

Camilla Sörman

Sjuksköterska och student vid Göteborgs universitet

camilla_diabetes@telia.com

Mobil: xxx

Lena Bengtsson

Diabetessjuksköterska och student vid Göteborgs universitet

gusblena62@student.gu.se

Mobil: xxx

Carina Sparud-Lundin

Universitetslektor, docent /Handledare

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

carina.s-lundin@fhs.gu.se

Telefon: xxx



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 3: Samtyckesformulär

Jag har tagit del av skriftlig och muntlig information angående projektet belysa sjuksköterskans erfarenhet att vårda personer med diabetes i hemsjukvården. Jag samtycker till att delta och är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan särskild förklaring.

Ort _____ Datum _____

Namnunderskrift

Förtydligande

Ansvariga för projektet
Camilla Sörman
Sjuksköterska och student vid Göteborgs universitet
camilla_diabetes@telia.com
Mobil: xxx

Lena Bengtsson
Diabetessjuksköterska och student vid Göteborgs universitet
gusblena62@student.gu.se
Mobil: xxx

Carina Sparud-Lundin
Universitetslektor, docent / Handledare
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet
carina.s-lundin@fhs.gu.se
Telefon: xxx

Bilaga 4: Intervjuguide

- Vilka erfarenheter har du av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården?
- Vad innebär det för dig att vårda personer med diabetes i hemsjukvården?
- Vilken betydelse har hemmiljön för vården?
- För- och nackdelar?
- Förutsättningar?
- Vårdrelationen?

- Hur ser du på din nuvarande kompetens för att kunna vårda dessa patienter?
- Saknar du någon specifik kunskap eller kompetens?
- Finns det förutsättningar för att kunna få kunskap eller kompetens?
- Hur ser det ut med diabeteskompetens bland dina kollegor?

- Vilka erfarenheter har du av att samarbeta med andra aktörer i vården kring personer med diabetes
- Vilka aktörer samarbetar du med?
- Förutsättningar för samarbete? (Hinder/möjligheter)

- Vill du tillägga något när det gäller att vårda personer med diabetes?

Bakgrund:

- Ålder
- Kön
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska
- Hur länge har du arbetat i hemsjukvården
- Specialistutbildning? Diabetesutbildning? Annan kompetens av betydelse

Följdfrågor:

Kan du:

- Utveckla
- Berätta mera
- Förklara
- Förtydliga
- Ge exempel