

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK305H

Navn: Lisbeth Pedersen

«Å stå alene»

En kvalitativ studie fra syv diabetessykepleiere på
legekontor

Dato: 18.05.2021

Totalt antall sider: 82

Abstract

Background: After the co-operation reform, the focus on competence-enhancing measures for the municipalities has been increasing. In this work, the diabetes nurses have been given an important task in patient follow-up of those with type 2 diabetes in the primary health care service. Effective diabetes care and a good patient approach require interaction between GPs and diabetes nurses, and that the function of diabetes nurses is given importance in the doctors' offices. Interdisciplinary work is highlighted by central authorities as important for strengthening the service. In recent years, several doctors' offices have employed their own diabetes nurses who, in collaboration with GPs, will contribute to the treatment, follow-up and training of diabetes patients in the municipalities.

Aim: The purpose of the study is to investigate the diabetes nurses' experiences in the primary health service with the professional collaboration in the doctor's office, and how the quality of this collaboration affects the follow-up of the diabetes patients. Based on the analysis, it is discussed how diabetes care in the primary health care service can be strengthened. Concrete measures such as better organization, management anchoring and more interdisciplinary collaboration are some of the measures that are highlighted in the study.

Method: The study is a qualitative study with 7 semi-structured interviews of diabetes nurses in a doctor's office. The study is based on a phenomenological approach.

Result: The analysis shows that the role of diabetes nurses in doctors' offices is not very management-based, where there is a varying tradition and focus on interdisciplinary collaboration. The diabetes nurses work a lot alone with the patients and have been given a great responsibility for the patient group. The nurses experience that expectations are directed at their competence from patients, other health personnel and doctors. On the one hand, this gives freedom, independence and autonomy. On the other hand, a form of abandonment and uncertainty is described in how to manage this responsibility alone, considering the complex and serious disease picture that diabetes 2 represents in the population.

Conclusion / implication for practice: The significance of the study is to look at the role of diabetes nurses in diabetes care. Hiring a diabetes nurse in a doctor's office highlights that it is important in the follow-up and care for diabetes patients with more structure and continuity. To further develop diabetes care, research is needed that examines the quality of the diabetes nurses 'role and patients' experience of this care provided by the nurse.

Keywords: Diabetes nurse - primary health care - nursing - organization - professional collaboration

Oppsummering

Bakgrunn: Etter samhandlingsreformen har fokuset på kompetansehevede tiltak til kommunene vært økende. I dette arbeidet har diabetessykepleierne fått en viktig oppgave i pasientoppfølging av de med type 2 diabetes i primærhelsetjenesten. Effektiv diabetesomsorg og en god pasienttilnærming krever samspill mellom fastlege og diabetessykepleier, og at diabetessykepleierens funksjon gis betydning på legekantorene. Å jobbe tverrfaglig trekkes frem fra sentrale myndigheter som viktig for å styrke tjenesten. De siste årene har flere legekantor ansatt egne diabetessykepleiere som i samarbeid med fastlegene skal bidra til behandling, oppfølging og opplæring av diabetespasienter i kommunene.

Mål: Hensikten med studien er å undersøke diabetessykepleierens erfaringer i primærhelsetjenesten med det faglige samarbeidet på legekantoret, og hvordan kvaliteten i dette samarbeidet påvirker oppfølging av diabetespasientene. På bakgrunn av analysen drøftes det hvordan diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten kan styrkes. Konkrete tiltak som bedre organisering, ledelsesforankring og mer tverrfaglig samarbeid er noen av tiltakene som blir belyst i studien.

Metode: Studien er en kvalitativ undersøkelse med 7 semistrukturerte intervju av diabetessykepleiere på legekantor. Studien legger til grunn en fenomenologisk tilnærming.

Resultat: Analysen viser at diabetessykepleierens rolle på legekantorene er lite ledelsesforankret, hvor det er varierende tradisjon og fokus på tverrfaglig samarbeid. Diabetessykepleierne jobber mye alene med pasientene, og har fått et stort ansvar for pasientgruppen. Sykepleierne erfarer at det rettes forventninger til deres kompetanse både fra pasienter, annet helsepersonell og legene. På den ene siden gir dette frihet, selvstendighet og autonomi. På den andre siden beskrives det en form for forlatthet og usikkerhet i hvordan forvalte dette ansvaret alene, i lys av det komplekse og alvorlige sykdomsbildet som diabetes 2 representerer i befolkningen.

Konklusjon/implikasjon for praksis: Studiens betydning er å se på diabetessykepleierens rolle i diabetesomsorgen. Å ansette diabetessykepleier på legekantor belyser at det har betydning i oppfølgingen og omsorg for diabetespasientene ved mer struktur og kontinuitet. For å videreutvikle diabetesomsorg ytterligere trengs det forskning som undersøker kvaliteten på diabetessykepleierens rolle og pasienters opplevelse av denne omsorgen som gis av sykepleier.

Nøkkelord: Diabetessykepleier – primærhelsetjenesten – sykepleie – organisering – faglig samarbeid

Forord

Denne masteroppgaven er gjennomført som siste del av klinisk masterutdanning ved Nord universitet og markerer slutten på en lang reise. Å skrive masteroppgave har vært en bratt lærekurve, og ikke minst et stort selvstendig arbeid som tidvis har vært krevende.

Oppsummert har jeg fått mer faglig tyngde og oversikt over forskningsområdet jeg har valgt. I tillegg har jeg blitt mer kjent med meg selv, og ikke minst fått testet egen viljestyrke på godt og vondt ved å gjennomføre studiet. Å kombinere masteroppgaven med full jobb har vært en balansekunst.

Jeg ønsker først og fremst å takke mine nydelige informanter som alle takket ja og tok seg tid til intervju midt i en hektisk hverdag, de er unike på hver sin måte. Ikke minst vil jeg takke veilederen min Jorunn Hov og Inger-Lise Magnussen som har støttet og kommet med oppmuntrende og motiverende ord og samtaler når det har røynet på. I tillegg ønsker jeg å takke min gode venninne Oddbjørg Edvardsen som stadig leste gjennom oppgaven og gav meg ny motivasjon til å fortsette.

Til slutt ønsker jeg å takke den flotte tålmodige mannen min Knut og dattera mi Ine som har levd med meg under den lange prosessen. Takk alle sammen, jeg er rørt og ydmyk.

Bodø, 18.05.2021

Innholdsfortegnelse

Oppsummering	3
Forord	5
Innholdsfortegnelse	6
1.0 Introduksjon	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
1.2 Tidligere forskning	11
1.3 Hensikt med studien	12
1.4 Presentasjon av problemstilling	13
2.0 Oppgavens innhold og oppbygging.....	14
2.1 Type 2 diabetes.....	14
2.2 Viktige anbefalinger om hvordan utvikle diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten....	15
2.3 Tverrfaglig/ profesjonelt samarbeid - hva er det, og hva krever det?	16
2.4 Nasjonale føringer og kliniske verktøy	17
2.4.1 St.melding 26 – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.....	18
2.4.2 Nasjonale faglige retningslinjer	18
2.4.3 Samhandlingsreformen.....	19
2.4.4 Noklus diabetesskjema på legekantor	19
3.0 Teoretisk rammeverk.....	20
3.1 Lipskys bakkebyråkrati	20
3.2 Kari Martinsen Sykepleierteori	22
4.0 Metode.....	25
4.1 Litteratursøk	25
4.1 Kvalitativ metode	26
4.2 Rekruttering og utvalg.....	28
4.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	29
4.4 Gjennomføring av Dybdeintervju	29
4.5 Forforståelse	31
4.6 Forskningsetikk	32
4.7 Validitet og reliabilitet i studien.....	34
4.8 Presentasjon av analyseprosessen	35
5.0 Presentasjon av funn.....	41
5.1 Utforming av stillingen – en tilfeldighet?	41
5.2 Tillit og den gode samtalen – limet i diabetesomsorgen.....	44

5.3 Å stå alene - en balansekunst	45
5.4 Tverrfaglig samarbeid med fastleger.....	46
5.5 Refleksjoner rundt Diabetesomsorgen	48
6.0 Drøfting	51
6.1 Samarbeid.....	51
6.1.1 Å komme i skvis.....	51
6.1.2 Team – en forutsetning for god diabetesomsorg.....	55
7.0 Avslutning og videre diskusjon.....	61
Litteraturliste	64
Vedlegg	69
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til helse og omsorgsledere	69
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	71
Vedlegg 3 Velkommen til intervju.....	72
Vedlegg 4 – Noklus diabetesskjema	73
Vedlegg 5: Intervjuguide.....	74
Vedlegg 6 Godkjenning fra NSD	77
Vedlegg 7 Funksjonsbeskrivelse for diabetessykepleiere.....	80
Vedlegg 8 eksempel på lesematrise	82

1.0 Introduksjon

Masteroppgaven handler om diabetessykepleierens erfaring tilknyttet deres rolle i oppfølging av diabetespasienter på legekantor. Diabetessykepleier tilknyttet legekantor er et relativt nytt fenomen og høyaktuelt med tanke på satsningsområder på nasjonalt nivå. Sykepleie er et praktisk fag der møter med mennesker står sentralt. En stor del av arbeidsoppgavene består i å forebygge og behandle sykdom samt gi råd og veiledning til pasienter og pårørende. Å yte omsorg og ikke minst lære folk å leve et liv med kronisk sykdom krever grunnleggende fagkompetanse og kunnskap av diabetessykepleierne i primærhelsetjenesten. Nettopp dette tillegges stor verdi i det sykepleierfaglige som profesjon. Omsorgsperspektivet i sykepleien og i møte med mennesker finner vi beskrevet hos Kari Martinsen (2021):

Dette har å gjøre med vår tilhørighet til jorden, til natur, luft og vann, til det levende, til det sårbare, til hverandre – til de grunnvilkår vi alle lever i og av vårt opphav. En sykepleier som tar disse grunnvilkår på alvor, vil være slik at den viser aktelse for pasientens verdighet, en sansende varhet og aktelse, som på samme tid er tilbakeholdene og tilstedeværende – for å finne pasienten der han er, for å lindre hans lidelse (Martinsen, 2021, s.41).

For å kunne vise den relasjonelle biten av omsorgen som Martinsen beskriver er en viktig del av sykepleierens arbeid å samarbeide med pasient, pårørende og annet helsepersonell, ansikt til ansikt. Som sykepleier må du kunne lede og ta ansvar for dette samarbeidet.

I kjølvannet av Samhandlingsreformen har det både internasjonalt og i vårt eget land kommet politiske signaler om krav til koordinering av tjenester og forventninger om at profesjonsutøvere i helse- og velferdssektoren skal samarbeide for bedre pasientoppfølging (Willumsen & Ødegård, 2016; Barr, 2005). Kravet for samarbeid i praksis og utdanning har vært nedfelt i nasjonale styringsdokumenter og lovregulert i over 30 år (Willumsen & Ødegård, 2016; Barr, 2005).

St. melding 26 resulterte i et pilotprosjekt som startet opp april 2018 i 9 kommuner og 13 fastlegepraksiser bestående av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Teamet skulle ledes av lege. Pilotprosjektet var evaluert og resulterte i en statusrapport mars 2019 og resultatet ble en forlengelse av pilotprosjektet til mars 2023.

Betydningen av samarbeid tverrfaglig og at profesjoner imellom blir kjent med hverandres praksis, er brennaktuelle temaer som går igjen både i Norge, Danmark¹, Sverige² og globalt. Det er de samme utfordringene alle land står over for i møte med pasienter med kroniske lidelser, og spesielt gjelder dette for Diabetes 2. Verdens helseorganisasjons nye Global Diabetes Compact³ (2021) har som mål å gi et sårt tiltrengt løft i arbeidet med å forebygge diabetes og bringe behandling til alle som trenger det - 100 år etter oppdagelsen av insulin (www.who.int).

“Antallet personer med diabetes har blitt firedoblet de siste 40 årene. Det er den eneste store ikke-overførbare sykdommen som risikoen for å dø tidlig øker, snarere enn ned. Og en høy andel mennesker som er alvorlig syke på sykehus med COVID-19, har diabetes. Global Diabetes Compact vil bidra til å katalysere politisk forpliktelse til handling for å øke tilgjengeligheten og overkommelige priser for livreddende medisiner for diabetes, og også for forebygging og diagnose.” (www.who.int).

Global diabetes compact vil også gå inn for å oppfylle forpliktelsene fra myndighetene til å inkludere diabetesforebygging og behandling i primærhelsetjenesten, og som en del av universelle helsedekningspakker. Det overnasjonale incitamentet til satsningen er som følger: «det er et globalt avtalt mål å stoppe økningen i diabetes og fedme innen 2025 (www.who.int).

Denne studien vil undersøke hvordan diabetessykepleiere på legekontor erfarer det tverrfaglige samarbeidet og møtet med pasientene. For å få til en god diabetesomsorg⁴ er det viktig å belyse sykepleiernes verdier og betydning. Zotterman et al (2016) viser at pasienter føler seg verdsatt og inkludert når de blir møtt på en god og respektfull måte av helsepersonell. Kontinuitet over tid i kontakten med helsepersonell skaper tillit og relasjoner, og skaper en følelse av helse og velvære. I tilfeller der pasienten ikke ble møtt med omsorg gav det en lavere tillit.

¹ <https://www.sst.dk/da/opgaver/patientforloeb-og-kvalitet/nationale-retningslinjer-nkr> - <https://app.magicapp.org/#/guideline/2756>

² <https://www.socialstyrelsen.no/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/diabetes/>

³ http://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

⁴ Diabetesomsorg: Det enkle ordet omsorg kan være nok til å uttrykke filosofiske oppdrag. Fremme bedre pasientbehandling ved å betjene de utvidede behovene til alle helsepersonell som er forpliktet til å ta vare på pasienter med diabetes. American Diabetes Association Diabetes Care som er bekreftelse av Francis Weld Peaboys påstand om at «hemmeligheten bak pasientens omsorg ligger i å ta vare på pasienten» - Norbert Freinkel, diabetesomsorg, januar – februar 1978 (<https://care.diabetesjournals.org/content/about-diabetes-care>)

Jeg har intervjuet syv diabetessykepleiere som har lange erfaringer fra privat og kommunale legekantor.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn og valg av tema kom etter mange års erfaringer som regional diabetessykepleier og klinisk sykepleier. Som regional diabetessykepleier besto jobben hovedsakelig i å reise ut til diabetesteam i Helse Nord. Jeg fikk innblikk i hvordan diabetessykepleiere i spesialisthelsetjenesten jobbet i diabetesteam. Diabetesteam besto av diabetesansvarlig overlege, diabetessykepleier og klinisk ernæringsfysiolog. Min erfaring var at diabetessykepleierne også var «limet» i teamet og bidro til kontinuiteten av diabetesomsorgen ved innkalling, rådgivning og regulering av diabetes i samråd med legen. I dette arbeidet var det helt grunnleggende at sykepleierne skapte gode og varige relasjoner til pasientene for at de skulle motiveres til å meste livet med diabetes. En annen del av den regionale funksjonen besto i å være faglærer og organisere videreutdanning av diabetessykepleiere på Nord universitet. Da jeg tok videreutdanning i diabetes som første kull i 2008 startet utdannelsen som et kompetansehevende kurs for spesialisthelsetjenesten. Etter jeg overtok stafettspinnen erfarte jeg at fokuset ble rettet mot primærhelsetjenesten. Kullene ble mindre og stort sett alle studenter kom fra primærhelsetjenesten. Det var tydelig at trenden hadde snudd og at kommunene nå ønsket kompetansen velkommen. Min glød og interesse for diabetessykepleiere på legekantor kom i møte med studentene som tok videreutdanning. Jeg ble smittet av deres engasjement. Da de dro tilbake til sine kommuner ville jeg gjerne vite hvordan det hadde gått med dem. Fikk de tilbud om jobb som diabetessykepleier, og hvordan erfarte de eventuelt dette arbeidet?

De siste årene som regional diabetessykepleier var fokuset spisset ut mot primærhelsetjenesten hvor vi arrangerte diabeteskurs til kommuner. Jeg erfarte at det var kun noen få legekantor som hadde egne diabetessykepleier. De kontorene som hadde ansatt diabetessykepleier ble sett på som banebrytende. Med det som utgangspunkt ble jeg nysgjerrig på å undersøke hvordan de hadde organisert tjenesten og hvordan det var å jobbe som diabetessykepleier.

1.2 Tidligere forskning

Nasjonalt finnes flere artikler skrevet av endokrinologer og leger som kan si noe om kvaliteten på diabetesomsorgen sett i lys av biomedisinske aspekter og kvalitetsindikatorer (Bakke, 2020; Slåtsve et.al., 2020; Mouland, 2014; Ruiz et.al., 2018, Birkeland, 2014). Flere av studiene konkluderer med at diabetes behandlingen har blitt bedre, men at vi fortsatt mangler dekningsgrad og innrapportering av data fra primærhelsetjenesten. Slike studier kan gi viktig kunnskap for å forbedre kvaliteten på medisinsk behandling. Samtidig er det i disse studiene lite fokus på de humanistiske og tverrfaglige aspekter ved diabetesomsorgen, og da nettopp de kvaliteter som WHO og nasjonale retningslinjer understreker som betydningsfulle for diabetesomsorgen (se kapittel 1). Tverrfaglighet i tjenestene, møter med pasienter ansikt til ansikt over tid, tillit og kontinuitet er viktig for å hjelpe og motivere pasienter til endringer i livsstil. Redegard et al., (2017) synliggjør gjennom evaluering av STYRK-DIA (bedre diabetesbehandling ved helse og velferdssentrene i Helse Midt-Norge) mangelfull tverrfaglig kompetanse innen diabetesbehandling. Hovedformålet med prosjektet var å heve tverrfaglig kompetanse i kommunene. Evalueringen viser at ved å øke kompetanse til primærhelsetjenesten, ga dette mer trygghet og trivsel på arbeidsplassen. Studien anbefalte at kommunene sørget for å øke kompetansen til helsepersonell. Videre ble det oppfordret å ansette diabetessykepleier med ansvar for faglig oppdatering av helsepersonell, oppfølging av brukerne og deltagelse i et tverrfaglig diabetesteam (Redegård et al., 2017).

Evju et al., (2019) har i en studie oppsummert hvilke roller sykepleier i primærhelseteam kan ha. Studien viser at det ikke foreligger fastsatte rammer på hvordan primærhelseteam skal fungere og hvilke oppgaver som tillegges sykepleieren. Forskerne ser for seg at sykepleieren kan ha oppfølging og veiledning rundt livsstil og kosthold gjennom samtaler som kan skape motivasjon og mestringstro rundt pasientens livsstilsendring, likt den organiseringen poliklinikker og kommunale diabetessykepleier har i dag. Studien konkluderer med at å organisere primærhelseteam vil kunne bidra til bedre samhandling rundt pasienter som har behov for livsstilsendring, noe som kan gi økt helsegevinst.

Graue et.al., (2019) har i et publisert abstrakt understreket betydningen av å utforske de profesjonelles rolle i primærhelsetjenesten, hvor sykepleierens kompetanse og kvalitet på tjenesten henger sammen. Hun skriver at en vellykket tjeneste er avhengig av rolleklarhet, organisasjonsplanlegging og støtte fra ledelsen, og at dagens refusjonsendring bør tilpasses

tjenesten bedre. Et poeng er også journalsystem som ikke “snakket” sammen gjør oppgavene vanskelige. Graue løfter frem betydningen av teamfungering for en god tjeneste.

Hare et.al. (2021) har undersøkt fastlegers erfaringer rundt diagnostisering og oppfølging av diabetespasientgruppen. Det interessante ved studien er at den trekker frem at fastleger ser nødvendigheten av livsstilsendring, men anser det som en krevende arbeidsoppgave som vil ta for mye tid i et allerede presset tidsskjema. De problematiserte balansegangen mellom å følge generelle kliniske retningslinjer med individtilpasset oppfølging til den enkelte pasient. Grunnet tidspress uttrykket fastleger at de var mindre faglig oppdatert enn de ønsket.

Sørensen et.al. (2020) undersøkte hvilke erfaringer helsepersonell har rundt multifaglig diabetesomsorg og deres oppfatning av profesjonelle roller. Fastlegene erfarte at sykepleiere og legesekretær hadde mer struktur og kontinuitet etter at de startet et tverrfaglig samarbeid med fastlegene. Tilnærmingen viste også et skille mellom fastleger og helsepersonell. Der leger var opptatt av biomedisinske aspekter, var annet helsepersonell opptatt av utdanning og opplæring, lytte til pasientenes historier og deres behov for emosjonell støtte. Studien belyste at helsepersonell ikke var flinke nok til å utnytte potensialet ved deling av pasientansvar og lære av og fra hverandre. Den konkluderte også med at mangel på rollebeskrivelser og manglende prosedyrer for samarbeidstilnæringer var et hinder for utvikling av tjenesten.

Etter at jeg hadde fått oversikt over forskning på området og relevantartikler for studien laget jeg lesematrise for å få bedre oversikt (Se vedlegg 7 eksempel på legematrise).

Hvordan benyttes sykepleiernes kompetanse i møte med pasientene og med andre ansatte på legekantorene er viktig å belyse. Også hvordan samarbeidet skjer i praksis, og hvordan arbeidet ledes.

1.3 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å løfte frem det humanistiske og medisinske aspektet ved diabetessykepleierens rolle og praksis i diabetesomsorgen. Det er sykepleierens egne erfaringer og stemmer som skal løftes frem, fordi de har en klinisk spesialkompetanse som er av betydning for pasientenes helse og livsmestring.

Hensikten er også å belyse hvordan det humanistiske og medisinske fagfeltet kan spille sammen og berike hverandre. At profesjonene nærmer seg hverandre og tar del i samme kunnskap gjennom tverrfaglighet, kan være avgjørende for et godt tilbud for pasientene.

Jeg ønsker at studien kan bidra til ny faglig innsikt slik at praksis utvikles og kultiveres til beste for pasientene.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen er som følger:

Hvilke erfaringer har diabetessykepleiere med faglig samarbeid og organiseringen av arbeidet tilknyttet diabetesomsorgen på legekantor i primærhelsetjenesten?

Forskningsspørsmål er følgende:

- 1) Hva fungerer godt, og hva er utfordringene i dette arbeidet?
- 2) Hva erfarer diabetessykepleier skal til for å utvikle diabetesomsorgen ytterligere?

2.0 Oppgavens innhold og oppbygging

I kapitlet som følger vil jeg komme inn på diabetes type 2, Viktige anbefalinger om hvordan utvikle diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten, tverrfaglig/ profesjonelt samarbeid – hva er det og hva krever det? Nasjonale føringer og kliniske verktøy.

Oppgaven videre viser til, rapporter og aktuelle teorier som vil belyse problemstillingen. I kapittel 3 presenteres teoretiske perspektiver hvor Lipskys teorier om «bakkebyråkratiet» og Kari Martinsens omsorgsteori. I kapittel 4 presenteres metodiske tilnærminger og innsamling av data. Avslutningsvis presenteres analysens funn i kapittel 5 og utfyllende diskusjon og avslutning i kapittel 6 og 7.

2.1 Type 2 diabetes

Ifølge who's global report (2021) er diabetes en kronisk metabolsk sykdom som er preget av forhøyede nivåer av blodsukker som over tid fører til alvorlig skade på hjertet, blodårene, øynene, nyrene og nervene. Type 2- diabetes er vanligst hos voksne, som oppstår når kroppen blir resistent mot insulin eller ikke lager nok insulin. Pasienter med type 2 diabetes produserer for lite insulin i bukspyttkjertelen. Økt insulinbehov skyldes gjerne nedsatt virkning (insulinresistens) som ofte opptrer ved overvekt (www.who.int).

I løpet av de siste tre tiårene har forekomsten av type 2 diabetes økt dramatisk i land på alle inntektsnivåer. For mennesker som lever med diabetes er tilgang til rimelig behandling, inkludert insulin, avgjørende for deres overlevelse. Det er et globalt avtalt mål å stoppe økningen i diabetes og fedme innen 2025. Cirka 422 millioner mennesker over hele verden har diabetes (www.who.int).

Type 2 – diabetes kan debutere i alle aldre, men som oftest hos de over 40 år og hyppigst blant de med overvekt. De senere år har alderen sunket betraktelig, og utviklingen skjer gradvis med diffuse symptomer. Rundt halvparten av de med type 2 – diabetes lever med sykdommen uten å vite om den (Møinichen, 2014). Utviklingen kan forsinkes eller stoppes ved livsstilsendringer. Type 2 diabetes har en sterkere arvelig disposisjon enn ved type 1. Det er 40% sannsynlighet for å utvikle diabetes dersom foreldre eller søsken har det. (Kristoffersen 2018).

2.2 Viktige anbefalinger om hvordan utvikle diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten

Ifølge Nasjonale retningslinjer i diabetes (2016) skal som hovedregel fastlegen stå for oppfølging og behandling av pasienter med type 2 diabetes, så fremst det ikke er dårlig blodglukosekontroll eller kompliserende tilleggs-sykdommer. I så fall bør de henvises til tverrfaglig kompetanseteam i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016).

Stortingsmelding 26 kom med anbefaling om at kommuner oppretter primærhelseteam, hvor fastlegen vil kunne fordele oppgaver som f.eks. opplæring og forebyggende konsultasjoner av pasienter til sykepleier eller annet helsepersonell (Regjeringen, 2014-2015).

Det anbefales videre årskontroll av diabetes type 2 pasienter. Ved årskontroll skal følgende sjekkes: Makrovaskulære komplikasjoner, røykevaner, vekt, blodtrykk og kolesterolverdier, metabolsk kontroll (langtidsblodsukker og vurdering av egenmålinger) og undersøkelse av urin for å vurdere nyresykdom (Helsedirektoratet, 2016).

Det finnes lite faglitteratur som beskriver diabetessykepleierens funksjon, men formålet med behandling av diabetes er først og fremst for å forebygge komplikasjoner for å kunne leve lenge med sin diabetes. NSF's (faggruppe for diabetessykepleiere) utarbeidet i 2006 en funksjonsbeskrivelse for diabetessykepleiere (se vedlegg 6). Diabetessykepleierens plass i organisasjonene er beskrevet som et selvstendig sykepleieansvar i forhold til klinisk yrkesutøvelse der de er ansvarlig overfor nærmeste ansvarlig leder. Diabetessykepleier skal ved hjelp av sin kliniske kompetanse ivareta behovet for sykepleier til personer med diabetes i alle aldre og i ulike sykdomsfaser. Dette gjelder både i spesialist og primærhelsetjenesten (NSF's faggruppe for diabetessykepleiere, 2006).

For at pasienten skal oppnå måloppnåelse med langtidsblodsukker på HbA_{1c} (langtidsblodsukker) på 53 mmol/mol⁵ bør det jobbes med pasientens motivasjon og mestring (Helsedirektoratet, 2016).

Sissel Tveiten beskriver at mestring handler om hvordan mennesker opplever og møter belastende livssituasjoner. Det kan oppsummert handle om de indre ressurser og den enkeltes handling for å få kontroll over indre og ytre konflikter (Tveiten, 2016).

⁵ Mmol/mol: Millimol per liter – måleenhet for blodsukker. Beskrivelse av antall glukosemolekyler per liter blod. En mmol/liter tilsvarer 18 mg/dl eller 0,18 gram/liter (diabetesforbundet, 2020).

2.3 Tverrfaglig/ profesjonelt samarbeid - hva er det, og hva krever det?

Det eksisterer flere begreper rundt tverrprofesjonelt samarbeid både på norsk, skandinaviske og internasjonale arenaer (Willumsen & Ødegård, 2016). Begrepet blir gjerne brukt som et politisk honnørbegrep og noe positivt som bidra til at noe blir bedre. Samarbeid er viktig strategi for utforming av tjenester og kan betraktes som nasjonal politisk respons og høy grad av faglig spesialisering. Willumsen beskriver at kombinasjonen med ansvarsfordeling, vertikalt mellom stat, fylke og kommuner og horisontal funksjonsdeling mellom flere profesjoner og fagmiljøer kan medføre fare for fragmentering (Willumsen & Ødegård, 2016). Samhandlingsreformen er et godt eksempel på en reform og som har ført til et strategisk veivalg. Tilførsel av økonomiske ressurser er ikke det eneste som trengs, men ressurser kombinert med ny oppgavefordeling gir kommunene ansvar for folkehelse og individuell pasientoppfølging i samarbeid med sykehusene (Willumsen & Ødegård, 2016).

Ålmås et al. (2018) trekker frem tverrprofesjonelt samarbeid i helse – og sosialtjenesten og betydningen av at ulike profesjoner møtes ansikt til ansikt. Krav om samarbeid i praksis og i utdanningen har vært nedfelt i nasjonale styringsdokumenter og lovregulert i vel 30 år i Norge. Til tross for en årrekke med fokus på samarbeid kan det likevel virke som det har kommet litt kort ved enkelte virksomheter. Internasjonale brukerundersøkelser viser at Norge ikke klarer å gjennomføre informasjonsflyt, koordinering og kommunikasjon godt nok i pasientforløpene (Ålmås et al. 2018, s 27).

Tverrprofesjonelt/tverrfaglig samarbeid kan være krevende, mest fordi det forutsetter høy grad bevisgjøring om egen kompetanse som profesjonsutøver. Det er grunnleggende i alle helse- og sosialfaglige utdanninger å være bevisst egen profesjons kjernekompetanse. En kjernekompetanse er gjerne i form av fordypninger i forbindelse med spesialisering utover grunnutdannelsen. Dermed vil hver enkelt helseprofesjon ha klart for seg hva vedkommende kan gjøre for pasient og pårørende (Ålmås et al., 2018). Det er et grunnleggende moment å ha kunnskap om og forståelse for den andres profesjons kompetanse, rolle og tjenester. Profesjonene er likevel avhengig av andres profesjoners kompetanse. Ved å utvikle et samarbeid over tid, kan det få en karakter av fellesfaglig samarbeid (Ålmås et al., 2018). Da vil profesjonene ha en felles viten og en felles forståelse av arbeidet. Ifølge Orvik (2015) vil

samarbeid preget av høy grad av delegering og sterkt fokus på felles mål kalles transdisciplinary teamwork og forutsetter overføring av informasjon, kunnskap og ferdigheter på tvers av profesjonsgrensene. Tradisjonelt har legen hatt en enestående maktposisjon i helsevesenet. Reeves (2014) understreker legens makt i tverrprofesjonelle arbeid, men presiserer at sykepleierne opplever en økning i sin status. Vi må forstå maktrelasjonene på bakgrunn av at sykepleiere og leger er to profesjoner i et yrkes hierarki. Forskning viser at koordinering av tjenester må prioriteres for å forberede helsetjenesten til pasienter med kroniske lidelser. Samtidig er det identifisert en rekke barrierer for samordning og samhandling i ulike sektorer. Det går gjerne på manglende ansvarsavklaring, overgangene mellom nivåene og kommunikasjonsmangler ifølge Walsh et al., (2010). Ifølge Hammick et al. (2009) er det to absolutt viktige faktorer for samarbeid, det å ha respekt for andres syn på saken, selv om det er forskjellig fra sitt eget syn. Som nummer to må du være villig til å dele dine kunnskaper med andre (Almås et al., 2018).

Det å ha tverrprofesjonell samarbeidskompetanse vi si at profesjonen utøver mer enn å arbeide side om side. Profesjoner som har en god og reflektert samarbeidsform/kompetanse, vil forstå andres roller og særegenheter i profesjonen. De vil ikke ha negative stereotypier til andre profesjoner. Mellommenneskelig kontakt under de rette forhold er en av de mest effektive måtene å redusere fordommer mellom profesjoner. Ved å kommunisere med andre, kan en forstå og sette pris på ulike synspunkt som involverer deres verdier (Almås et al., 2018).

I det tverrfaglige samarbeidet skal profesjonene ha kjennskap til og forståelse for de andre profesjonenes kompetanse og virke. Dette for at pasienten skal få helhetlig omsorg og ivaretagelse. Forståelsen trenger ikke være klart for pasienten på bakgrunn av at pasienten ikke vet hvem som har ansvar for hva og hvorfor (Almås et al., 2018).

2.4 Nasjonale føringer og kliniske verktøy

Her presenteres relevante føringer og anbefalinger for studien. Helsevesenet har de siste tiårene vært gjennom store omveltninger som har hatt betydning for diabetesomsorgen. Stortingsmeldingen, kommunehelsesloven og flere helsereformer er eksempler på regionale føringer som skal sørge for en trygg og god helse i Norge.

2.4.1 St.melding 26 – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

I stortingsmelding 26 – fremtidens primærhelsetjeneste (Regjeringen, 2014-2015) var det foreslått mer fokus på primærhelseteam. Formålet var å finne ut om ny organisering med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger gir bedre tilbud til pasientene/innbyggerne. I meldingen blir primærhelseteam definert som en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell der hvor de arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelig helse- og omsorgstjenester (Regjeringen, 2014-2015).

En fremtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste har god tilgjengelighet hvor problemer kan forebygges og avklares tidlig. God opplæring og oppfølging i samråd med brukerne skal baseres på faglige retningslinjer. Regjeringen vil legge til rette for teambasert helse- og omsorgstjeneste og stimulere til samlokalisering. Det fokuseres på primærteam og oppfølgingsteam. Fastlegene vil få bedre tid til å ta seg av brukere med sammensatte behov. I tillegg anbefales det at i primærhelsetjenestemelding om opprettes det primærhelseteam i kommunale helse – og omsorgssektor. Anbefalingene går ut på at oppgaver kan fordeles til sykepleiere eller annet helsepersonell, hvor det tilrettelegges for forebyggende konsultasjoner og opplæring av pasienter med kronisk, ikke-smittsomme sykdommer (Regjeringen, 2014-2015).

Brukere med langvarige og kroniske tilstander vil ha glede av primærteam. «Ingen beslutning om meg, tas uten meg» er et mantra som preger tenkningen. Det fokuseres på at det kreves endringer i kommunene for at helsetjenesten gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner. For å få til et bedre tjenestetilbud er det viktig med samordning av tjenesten (Regjeringen, 2014 - 2015).

2.4.2 Nasjonale faglige retningslinjer

Nasjonale retningslinjer er anbefalinger som er direkte relatert til pasienter og befolkningen, hvor myndighetene vektlegger forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering og organisering. Bakgrunn og hensikten er å hindre uønsket variasjon og samtidig sikre god kvalitet i tjenesten. I tillegg er det et mål å sørge for riktig prioritering i tjenesten og løse samhandlingsutfordringer for å sikre helhetlige pasientforløp (helsedirektoratet, 2016).

Retningslinjene foreslås å strukturere konsultasjonene for å påvirke behandlingsmålene over tid. For å få til en god diabetesbehandling er det avgjørende å sette av god tid. Det vil gi

helsepersonell viktig informasjon som blir avgjørende å ha hensyn til i behandlingen av pasientene. Pasienter med dårlig regulert HbA1c (langtidsblodsukker de siste 3 måneder) anbefales jevnlig kontroller/ konsultasjoner hos sykepleiere hver 3 måned ifølge retningslinjer. (helsedirektoratet, 2016).

2.4.3 Samhandlingsreformen

Stortingsmelding 47 (Regjeringen, 2008-2009) ble sett på som banebrytende og fikk betydning for primær- og spesialisthelsetjenesten. Reformen skulle bidra til lettere samhandling mellom nivåene, økt effektivisering og bedre økonomiske rammevilkår. Det handlet både om struktur og om bedre oppfølging av pasienter i kommunal helsetjeneste (Regjeringen, 2008-2009).

2.4.4 Noklus diabetesskjema på legekontor

Noklus (Norsk kvalitetsregister av laboratorieundersøkelser) er et klinisk kvalitetsregister som brukes av både fastleger og diabetessykepleiere i primær og spesialisthelsetjenesten. Norsk diabetesregister for voksne er et nasjonalt kvalitetsregister som ble etablert i 2006. Bakgrunn for registeret er først og fremst å forbedre kvaliteten på diabetesbehandlingen (<https://www.noklus.no/om-noklus/>). Diabetesregisteret følger pasienter over tid og vil på lengre sikt gi grunnlag for forskning (Noklus, 2018).

Det finnes to varianter av Noklus register. En tilknyttet spesialisthelsetjenesten (Noklus diabetes journal), og en tilknyttet allmennpraksis (Noklus diabetesskjema). Registeret er gratis og takst 109 kan benyttes ved konsultasjoner (<https://www.noklus.no/om-noklus/>)

3.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres teoretisk rammeverk. Jeg har valgt Lipskys «street-level bureaucracy» eller «bakkebyråkratiet» som i hovedsak beskriver frontlinjeansatte i offentlig sektor. Teorien ser på hvordan sykepleiere jobber utfra systemer og nasjonale føringer som er med på å påvirke stuktur og rammevilkårene for oppbygging og struktur i deres arbeidshverdag. Teoriens perspektiv løfter frem relevante aspekter som lar seg identifisere som fellestrekk for yrkesgrupper som jobber tett på mennesker (Lipsky,2010).

I tillegg trekker jeg inn sykepleierfaglige teorier fra Kari Martinsen som skal bidra til å løfte analysen i et sykepleierfaglig perspektiv. Martinsen trekker inn omsorgsbegrepet og ivaretagelse av pasienter ansikt til ansikt. Behovet for kvalifiserte sykepleiere i møte med fremtidens pasienter i primærhelsetjenesten blir viktig. Martinsen beskriver at å forveksle timetid med hjerteslag gir problemer i helsevesenets rom (Martinsen, s. 44, 2021). Nettopp derfor er det viktig å belyse diabetessykepleiernes rolle og betydning i diabetesomsorgen og i møte med diabetespasienter som trenger tid for å mestre.

3.1 Lipskys bakkebyråkrati

Lipskys klassiske teori om bakkebyråkratiet: «street-level bureaucracy» (Lipsky, 2010) ble første gang presentert i 1980, og beskrev funksjoner og organisatoriske dynamikker som var kritisk for utførelsen av arbeidet hos yrkesgrupper som jobber «tett på» mennesker. Lipsky har bakgrunn som professor i statsvitenskap.

Hans beskrivelser av «bakkebyråkratiet» gjelder for yrkesgrupper som for eksempel lærere, sosialarbeidere, politi, sykepleiere og leger. Dette er yrkesgrupper som regelmessig samhandler med innbyggerne, og hvor oppgavene er forankret ut fra byråkratiske regler og lovverk, som yrkesgruppen er satt til å forvalte i møte med befolkningen.

Faglig sett er byråkrati en betegnelse på en organisasjon som styres av faste regler og programmer (Lipsky 2010). Teori handler i stor grad om hvordan «frontlinjeansatte» i offentlig sektor arbeider og deres kontakt med innbyggerne og mennesker der sykepleier møter mennesker ansikt til ansikt.

Lipskys teori beskriver uttrykket «byråkratiet» tatt ut av byråkratiet og inn i de menneskelige møtene. Og i møte med menneskene vil de byråkratiske reglene og verdiene bli satt på prøve, fordi medmenneskelighet utfordrer rigid regelbruk og fastlåste mønstre. Som bakkebyråkrat anvender du skjønn. Lipsky refererer til frontlinjeansatte som vi i dag kan kjenne igjen i dagens helsevesen, som sykepleiere og leger. Bakkebyråkraten jobber under et hardt press som innebærer et sett med regler og autoritetsstrukturer som de er forpliktet til å forvalte i møte med innbyggerne. Dette handler om hvordan velferdsstaten er bygget opp med store ambisjoner og ikke minst økonomiske rammer hvor yrkesutøvere blir delegert ansvaret for å utforme velferdstjenestene til yrkesutøverne. Lipsky beskriver mangel på tid og ressurser som en av faktorene som bakkebyråkraterne ikke selv rår over:

«The fact that street-level bureaucrats must exercise discretion in processing large of amount work with inadequate resources means that they must develop shortcuts and simplifications to cope with the pressure of responsibilities (Lipsky, 2010 s. 18).

Lipsky ser på konsekvenser av regler og lovverk som myndigheter setter, hvor de som skal iverksette disse, ikke har muligheter for å ivareta oppgavene og påleggene i tilstrekkelig grad, gitt de rammer de jobber under. De må bruke skjønn i møte med mennesker, og deres oppgaver er gjerne preget av stor grad av autonomi og tilpasninger til de mennesker de møter (Lipsky, 2010).

Han beskriver yrker hvor profesjonaliteten utføres ansikt til ansikt med folket. Det blir gjerne et press mellom publikums – eller pasientens ønsker og forventninger, samtidig som de som fagpersoner må gjøre vurderinger som skjer i konflikt mellom arbeidsgivers og samfunnets mål (Lipsky 2010).

Den tradisjonelle byråkraten tar gjerne beslutninger under begrenset tid og informasjon. De jobber under en høy grad av usikkerhet, dette på grunn av kompleksiteten i de problemer som de er satt til å løse. Dette fører til at de jobber stadig under press og ikke kan gjøre sitt arbeid på en tilfredsstillende måte (Lipsky, 2010).

3.2 Kari Martinsen Sykepleierteori

Jeg har valgt Kari Martinsen som sykepleier teoretiker på bakgrunn av hennes syn på omsorg. Martinsens refleksjoner om sykepleie som fag er høyaktuell den dag i dag.

Martinsen beskriver hvordan omsorgsbegrepet er sentralt i sykepleieryrket. Martinsen stilte allerede for tredve år siden spørsmål og påstand rundt artikkelen *fokus på sykepleien* (Martinsen, 2005). Hun belyste at vi trenger kunnskap som vektlegger og prioriterer omsorgsverdier gjennom praktiske erfaringer i møte med den syke. Hun trekker frem Nightingale som en læremester som skrev ned og systematiserte det hun så (Martinsen, 2005). Martinsen reflekterte rundt den teoretiske og vitenskapelige kunnskapens betydning og plass i sykepleien. Hun belyser at sykepleierens praktiske omsorgsarbeid er tradisjonelt kvinnedominert og lavt prioritert og ført sykepleien inn i et nytt problem med spesialisering og hierarkisering av pleieoppgaver (Martinsen, 1978). Martinsen har selv arbeidet videre med omsorgsbegrepet og de spørsmål hun selv stilte seg. Hun mener det er tre viktige dimensjoner ved omsorgsbegrepet. Det er et praktisk, moralsk og relasjonelt begrep hvor hun argumenterer for den moralske siden ved omsorg som overordnet. Martinsen er selv inspirert de senere år av filosofen K.E.Løgstrups arbeid.

Martinsens ideer skiller seg fra det vi tradisjonelt oppfatter som sykepleierteorier (Kirkevold 2012 s. 168). Martinsens arbeid tar utgangspunkt i en skarp kritikk og avstandtaken fra «positivistiske» virkelighets – og kunnskapssyn som hun mener preger samfunnet generelt og sykepleievitenskapen spesielt. Omsorgsteorien presenterer alternativ forståelse av sykepleierfaget og kunnskapsgrunnlag.

Teoriens viktigste elementer er Martinsens beskrivelse av sykepleierfaget som er bygd opp begrepet omsorg. *I Omsorg, sykepleie, Medisin* (1989) fremhever hun omsorg som en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. At mennesker er avhengig av hverandre og at mennesker ikke kan leve i isolasjon fra andre er det mest sentrale. Avhengigheten trer tydelig frem i situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonshemning er til stede. Omsorg er et relasjonelt begrep hvor dette blir menneskets svar på andres avhengighet. Pasientens avhengighet må slik være sykepleierens verdigrunnlag (Kirkevold 2012).

Martinsen utdyper videre at livet har visse grenser som livet med andre mennesker setter. Det menneskelige liv i seg selv er strukturert og innholdsmessig bestemt. Moral og etikk er knyttet til menneskelige relasjoner hvor livsytringene trer frem. Livsytringer er «tjeneste,

barmhjertighet, å gi og å tilgi, medfølelse, tillit, åpen tale og håp» det å vise nestekjærighet (Kirkevold 2012).

I omsorg, sykepleie, medisin (1989) løfter Martinsen frem tre aspekter ved omsorg:

- Omsorg som et relasjonelt begrep som betyr et nært, åpent forhold mellom to mennesker
- Moralsk begrep knyttet til prinsipper om ansvar for svake
- Utførelse av konkrete, situasjonsbetinget handlinger basert på «en forforståelse» av hva som er til den andres beste

Relasjonelt kjennetegnes omsorg ved å være et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker, basert på gjensidighet, felleskap og solidaritet og en bestemt grunnholdning. Preget av at omsorgsyteren «anerkjenner» den andre ut fra hans situasjon. Det ligger gjensidighet som utvikles gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon. Forforståelse er en forutsetning for å handle omsorgsfullt og vokser frem av felles erfaringer. Martinsen sier for å kunne forstå hverandre, må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap, det kan være felles normer, regler, behov eller virksomheter. Omsorgsyteren ifølge Martinsen forventer ikke noe i gjengjeld for omsorgsyttelsen. Hun bruker «generalisert gjensidighet» for omsorg, som er basis for sykepleie som omsorgsyrke. Alle mennesker kan komme i situasjoner der de er avhengig av hjelp fra andre. Faglig skjønn og dømmekraft er forbundet med det konkrete. Det faglige skjønn uttrykker profesjonelle viten gjennom de naturlige sanser som synssansen og hverdagsspråket (Kirkevold 2012).

Å finne ut av hvordan man best kan hjelpe den andre, er en grunnleggende forutsetning for gjenkjennelse og innlevelse. (Martinsen 1989).

Martinsen ser betydningen av at sykepleieren ser det lidende menneske, og verner om hans integritet. Det handler om et engasjement i det man er i gang med, om å ville investere i noe av seg selv i møte med den andre. Om å være forpliktet til å gjøre det beste for den man skal hjelpe, passe eller pleie. Det handler også om en forståelse av at man kan sette seg inn i en livssammenheng som krever noe av en. Å sette den andre i sentrum, og fokusere på den andre» Suverene livsytringer et viktig begrep hos Martinsen. Suverene livsytringer er forutsetninger for omsorg. Vi kan handle på en måte hvor omsorg blir realisert gjennom våres omgang med andre, eller vi kan lukke disse tingene ut. Omsorg kan få pasienten til å oppleve betydningen av kjærighet og barmhjertighet, omsorg kan vekke et håp og gi næring til det, og

omsorg kan være det som bringer tillit og åpenhet frem i forhold til sykepleieren. På samme måte kan manglende omsorg blokkere for den andres muligheter (Kirkevold 2012).

I *samtalen, skjønnhet og evidens* peker Martinsen på at evidensbasert medisin har vunnet gjennomslag stor deler av det medisinske og sykepleierfaglige miljøet. Ifølge Martinsen synes begrepet å ha «oppstått» i samfunn som forventer synlige og håndfaste resultater av forskningen. Det vil gjerne føre til en kløft mellom forskning, teori og lønnsomhet i praksis. Det etterlyses effektivitet og økonomisk lønnsomhet i de praktiske yrkene og ikke minst ved forskning (Martinsen 2005). Videre sier Martinsen at det bygges allianser mellom samfunn og profesjoner som er både utfordrende og kan bli vanskelig. Eksistensen av profesjonene er på bakgrunn av sosialt mandat fra samfunnet, deres behov for ytelser, samtidig som profesjonene kan være med på å prege samfunnsutviklingen med sin kunnskap (Martinsen 2005). Dagens samfunn er dominert av rasjonalitet i helsevesenet. Strategi og økonomi der alle må vise og måle sin verdi i effektivitetens navn. I denne sammenhengen er det ifølge Martinsen at evidensbasert forskning har kommet i forgrunnen. Det stilles økt krav til personellet om at tiltakene virker. Denne type forskning og anvendelsen sier Martinsen gir klart institusjonsgevinst for, å bli modell for samfunnet i sin helhet. Vurderinger av praksis skal baseres på evidensbasert forskning og det nyeste og den beste tilgjengelige kunnskap der intensjonen er at klinisk praksis skal bli mer forskningsbasert og forbedret (Martinsen 2005). Videre peker Martinsen i likhet med Lipsky på at offentlige myndigheter kan på sin side sette makt bak sine krav hvor de knytter forskningen og de standardiserte prosedyrene til økonomiske sanksjoner. Prosedyrer kobles til kostnadskontroll og standardiseres. Penger koples til effektmålingsinstrumenter og kunnskap settes inn i et evidenshierarki for å måle effekten av forebyggende, behandlende eller rehabiliterende tiltak der systematiske oversikter og meta-analyser over randomiserte studier settes øverst og egen klinisk erfaring nederst (Martinsen 2005 s. 90). Det stilles i liten grad kritiske spørsmål til egen virksomhetsforståelse og arbeidsmåter. Det kan virke ifølge Martinsen som at det mangler viten og innsikt til å sette seg inn i det sosiale feltet metoden skal brukes på. Det fører til at metoden brukes ureflektert og uten krav om situasjonsanalyse (Martinsen 2005, s.92).

4.0 Metode

I dette kapitlet presenteres metoden som er brukt og fremgangsmåten jeg har brukt for å komme frem til funnene.

4.1 Litteratursøk

Jeg startet allerede våren 2017 å søke relevant litteratur på bakgrunn av området jeg skulle undersøke nærmere. Søkeprosessen har vært en kontinuerlig prosess under hele studiet. Det ble viktig å strukturere søkene for å få oversikt over forskningsområdet. I Starten var det vanskelig å forstå hvordan jeg skulle strukturere søkene, derfor fikk jeg god hjelp fra bibliotekar både på universitet og sykehusets. Et godt litteratursøk skal være vitenskapelig og fundamentet for kvalitetsmessig gjennomført forskningsarbeid i kvalitative studier (Malterud, 2011). Søkeprosessen har vært en modningsprosess som har vokst etter hvert som jeg lærte å skille ut hva som var relevant forskning. Jeg har brukte kun anerkjente databaser til strukturete søk. Jeg startet med å lage søkeord som var på Norsk og Engelsk. Følgende primære søkeord ble brukt initialt: diabetes, diabetessykepleier/ sykepleier primærhelsetjenesten, tverrfaglig team primærhelsetjenesten, legekantor. På Engelsk/Amerikansk: Diabetes, primary care», nursing/ nurs/ diabetes nurs, teamwork, GP (General practic).

For å svare på forskerspørsmålet var det viktig at søkerordene sto i kontekst til hverandre. Jeg brukte søkerordene i kombinasjoner med or/and og trunkterte søkeord. f.eks «diabetes healthcare» og «diabetes health care» eller diabetes*. Jeg brukte nøkkelord/keywords ut fra problemstillingen. Ifølge Malterud forventes det at når en forsker skal se nærmere på et fenomen skal data, funn, tolkning og konklusjon stå i en større sammenheng som forskeren har forholdt seg til og tatt stilling til (Malterud, 2017).

Etter at jeg hadde fått oversikt over relevant forskning ble det viktig å skille det relevante fra det urelevante. I denne fasen leste jeg abstrakt eller oppsummering for å finne artikler som svarte på problemstilling fra flere vinkler. Jeg har bruk referanser fra artikler, rapporter og studieoppgaver som har ledet meg videre til relevant litteratur for studiet og problemstillingen.

Jeg søkte etter Norske, skandinaviske og internasjonale artikler for å få oversikt. Jeg har konsekvent benyttet meg av Nord universitet sine databaser: Medline, Google Scholar, Lovdata, Helsedirektoratet, Ovid, CINAHL og PubMed. I tillegg har jeg søkt i Helsebiblioteket og fått hjelp flere ganger fra bibliotekarer på sykehuset og selv gjennomført litteraturkurs som biblioteket på Nord Universitet.

4.1 Kvalitativ metode

Studien har et kvalitativ forskning design. Kvalitativ metode passer godt der utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet skal forskes på og strategisk for beskrivelser, analyser og fortolkninger av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2017). Vi trenger vitenskapelig tilnærming som anerkjenner individuelle mennesker som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng (Malterud, 2017). Kvalitativ metode brukes når vi vil vite mer om menneskelige egenskaper, tanker, opplevelser, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2011).

Menneskelige erfaringer kan komme til uttrykk på ulike måter, som for eksempel gjennom intervju, hvor informantenes fortellinger og betraktninger fra praksis kommer frem.

Forskningsintervjuets strukturer er likt den dagligdage samtalen, men som et profesjonelt intervju involveres det en bestemt metode og spørreteknikk (kvale og brinkmann, 2015).

Ifølge Drageset & Ellingsen (2010) er intervjuguide et hjelpemiddel for å holde fokus der hensikten er at spørsmålene åpner opp slik at fenomenet eller tema blir belyst fra flere vinklinger og perspektiv.

Kunnskap kommer til oss på ulike måter og i ulike former. Fenomenologi handler om det som viser seg og trer frem for subjektet. Det som i denne studien viser seg hos sykepleierne kan i en fenomenologisk tradisjon komme frem ved å undersøke deres erfaringer. Subjekt, erfaringer og fremtredelse henger slik sammen i en fenomenologisk tradisjon (Gadamer, 2010). Fenomenologien er knyttet til åndsvitenskapene og til menneskelig forutsetninger for fortolkning. En motsats til fenomenologien finner vi i naturvitenskapene, som er viten uttrykt uavhengig tid og sted. Det fenomenologiske derimot, er både subjektivt og kontekstavhengig. Og må analyseres og tolkes frem på en annen måte enn det naturvitenskapelige. Dette henger sammen med mennesket som et kulturelt og historisk vesen (Gadamer, 2010). Samtidig gir dette en del utfordringer metodologisk, som trenger sitt eget språk og sin egen logikk.

Fenomenet i studien er å studere hvilke erfaringer diabetessykepleierne har fra diabetesomsorgen. Ved en induktiv tilnærming ønsker jeg å høre deres unike fortellinger og erfaringer og hva de opplevde. Sykepleiernes erfaringer er forut for teori, det levde liv, hva de erfarer og opplevelser fra praksis. Jeg ønsker å billedlig gjøre hva det vil si å ha en fenomenologisk tilnærming. Dersom jeg var glad i abstrakt kunst og dro på kunstutstilling, å aldri sett bildene før. Min tolkning ville kommet fra de inntrykk og de erfaringer jeg har som menneske og det levde liv. Kanskje jeg så flere figurer som viste seg i bildet, eller at jeg fikk en trist følelse av å se på bildet. Det handler om mine erfaringer i møte med dette bildet. Dersom jeg hadde lest hva bildet skulle forestilt fra kunstneren og blitt fortalt at det er to katter i bildet, ville jeg da kanskje leitet etter de to katten og ikke sett de figurene som jeg så i den fenomenologiske tilnærmingen. Konklusjonen er at jeg ville blitt farget og blind av det jeg visste fra før. Et fenomenologisk blikk søker å få erfaring forut for de teoretiske erfaringer, det handler om det som oppleves og et levde liv. Ved fenomenologisk design er meningsinnholdet som er vanlig å analysere. Forskeren er opptatt av innholdet i datamaterialet og hva iformanten forteller i intervjuet (Johannessen et al, 2010).

Siden empirien av sykepleiernes praktiske kunnskap er fortellinger fra praksis, vil det være viktig å reflektere om fortellingene egner seg, og vil belyse forskningsspørsmålet. Det er også viktig å reflekter om at jeg som forsker forstår fortellingene og hvordan jeg fortolker deg.

Det kvalitative og eksplorerende dybdeintervjuet er spesielt egnet dersom en ønsker å komme tett på menneskets erfaringer, og avdekke deres opplevelser av verden forut for vitenskapelige forklaringer. En rekke forhold blir tatt frem ved kvalitativ forskning som vektlegging av forståelse og nærhet til dem som forsker «på» gjennom åpen interaksjon mellom forsker og informantene.. Data i form av tekst og en induktiv (eksplorerende og empiridrevet) fremgangsmåte (Tjora, 2021).

Dybdeintervju er særlig godt egnet for å få frem erfaringer og opplevelser hos informanter. Siden forskningsspørsmålene i denne studien skal belyse en praksis er det viktig med en åpen, induktiv og utforskende metode. En slik metodisk tilnærming i møte med et forskningsfelt som er lite berørt, støttes av Malterud (2011).

Valg av metode har også betydning for forskningsprosessen og analysen av datamaterialet. Siden sykepleiernes egne erfaringer søkes gjennom deres fortellinger fra praksis i kommunene, berører dette en fenomenologisk forståelse av kunnskap.

Oppgaven legger til grunn både et klinisk og et humanistisk kunnskapsperspektiv i tråd med undervisning i studiet «master i klinisk sykepleier» på Nord universitet.

4.2 Rekruttering og utvalg

I studien ønsket jeg å rekruttere informanter med erfaring som diabetessykepleiere på legekontor. Det ble gjort et strategisk utvalg for å få svar på forskningsspørsmålet. For å komme i kontakt med informantene måtte jeg bruke kontaktnettet som jeg hadde fra før. Ved å benytte kvalitative metoder, ønsker vi å komme nær innpå personer i målgruppen vi er interessert i å vite mer om og forsøker å få mye informasjon (data) om et begrenset antall informanter (Johannessen et al, 2017).

Jeg hadde opparbeidet meg oversikt over hvilke legekontor som hadde diabetessykepleiere gjennom kursing i noen nordnorske kommuner. Kontaktnettet hjalp meg videre til nye kommuner som hadde ansatt diabetessykepleiere. I tillegg hadde samhandlingskoordinatorene i Helse Nord god oversikt over ressurser som fantes på legekantoren. Jeg tok kontakt med øverste leder i kommunene som hadde diabetessykepleiere og hjalp meg videre slik at jeg slik at jeg kom i kontakt med diabetessykepleierne. I studien har jeg valgte deltakere tilknyttet kommunale og private fastlegekontor i primærhelsetjenesten. Jeg ønsket å forske på sykepleiere som hadde egen pasientbehandling og var en del av diabetesomsorgen. Etter godkjenning fra REK henvendte jeg meg først til helse og omsorgsledere i de representative kommunene som satte meg i kontakt med aktuelle legekontor. Ledere på legekantorene ble forespurt og formidlet videre til diabetessykepleierne.

Ifølge Malteruds beskrivelse av adekvate kunnskapskilder belyses at ved all forskning må vi sørge for utvalgsstrategier der materialet inneholder data om fenomenet vi vil utforske, og grunnlaget for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde (Malterud, 2017)

De kom fra tre fylker i Norge. De forespurte hadde lang erfaring som sykepleiere og hadde jobbet minimum to år som diabetessykepleier på legekantor. Alle diabetessykepleiere var kvinner og tatt videreutdanning i diabetes i voksen alder. Aldersmessig mellom 40 og 60 år. Alle sykepleierne hadde erfaring med konsultasjoner og oppfølging av pasienter. En sykepleier jobbet i hjemmetjenesten og var frikjøpt til legekantoret en til to dager i måneden. De andre var fast ansatt på private og kommunale legekantor.

Tabell 1 av informantene: Hvor lenge de hadde jobbet som sykepleiere før utdannelsen og når de tok videreutdanning i diabetes og om de jobbet på privat eller kommunalt legekantor.

Hvor lenge vært sykepleier	Utdannet seg som diabetessykepleier	Privat/ kommunalt legekantor
Over 30 år	2007	Kommunalt
Over 20 år	2011	Kommunalt
Over 30 år	2009	Privat
Over 20 år	2007	Privat
Over 20 år	2011	Kommunalt
Over 20 år	2009	Kommunalt
Over 30 år	2009	Privat

Tabell 1:

4.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene var at de hadde jobbet over to år slik at de hadde opparbeidet seg et godt erfaringsgrunnlag som diabetessykepleier.

4.4 Gjennomføring av Dybdeintervju

Jeg gjennomførte individuelle dybdeintervju vinter/vår 2018/19, med oppfølgingsintervju 2021 for å utdypende spørsmål. Dette viste seg å gi ytterligere svar og utfyllende beskrivelser av mitt forskningsspørsmål. Jeg reiste ut til informanten og hadde allerede for forhånd avtalt at jeg skulle komme til deres legekantor. Før intervjuene startet gjennomgikk jeg informasjonsskriv om studiet (vedlegg 1). Dette gjorde jeg for at de skulle være godt informert før vi startet. Jeg hadde med båndopptaker fra Nord universitet som ble benyttet under intervjuene og noterte i tillegg underveis. Alle intervjuene ble gjennomført på legekantoret der de jobbet. Det var enten på kontoret til sykepleieren eller et av legekantorene som var ledige slik at vi kunne være alene og uforstyrret. Det var kun jeg som forsker om var til stede med informanten under selve intervjuene for at vi skulle være helt uforstyrret. Selve intervjuene varte i snitt rundt 1 time.

Fortellinger gjennom intervju kan danne grunnlag for beskrivelser fra virkeligheten gjennom erfaringer.

Jeg startet intervjuene med å stille et åpent spørsmål som gav rom for at informantene fikk snakke fritt om egne refleksjoner. Det første spørsmålet var om sykepleieren kunne fortelle om erfaringer fra jobben som diabetessykepleier? (vedlegg 4). Spørsmål 1 er eksempel på en fenomenologisk tilnærming, der jeg stiller et åpent spørsmål. Jeg valgt å stille det spørsmålet for å ufarliggjøre intervjusituasjonen. Tjora belyser at dybdeintervju uformes i grove trekk gjennom tre faser – oppvarming, refleksjon og avrunding (Tjora, 2020). Jeg hadde laget intervjuguide i samarbeid med veileder. Intervjuguiden utarbeidet jeg med utgangspunkt i forskningsspørsmålet (se vedlegg 4).

Del to av intervjuguiden var lagt opp til enkle konkrete spørsmål (se vedlegg 4). Eksempler på spørsmål var: bruker dere noklus? Og har du eget kontor? Spørsmålene fremstår som «uformell» og «ufarlig» (Tjora, 2020/ McCracken 1988). Det varierte hvor utfyllende svar jeg fikk. Noen snakket mye, mens andre bare svarte på spørsmålet med enkle svar. Noen av sykepleierne hadde vært med på intervju før og var forberedt, mens andre aldri hadde gjort det og var mer spente.

Både stemninger og inntrykk fra selve intervjusituasjonen ga refleksjoner på for eksempel gyldighet og fortolkning av materialet. Som ett eksempel, opplevde jeg at å tilrettelegge for god dialog i intervjuene ga en trygg stemning og også en god forutsetning for å få frem sykepleiernes genuine erfaringer. I dette ligger det en erkjennelse av at jeg fikk til god dialog etter hvert som jeg ble tryggere. Etter hvert som jeg ble tryggere ble også intervjuene fyldigere, og dermed ga de siste intervjuene både en større bredde, sikkerhet og en fylde i analysen.

Den andre fasten av intervju kalles refleksjonsspørsmål og danner kjernen i intervjuet (Tjora,2020). Spørsmålene var mer utfyllende og jeg stilte oppfølgingsspørsmål som f.eks kan du beskrive mer hvordan du opplevde det. Jeg gikk mer i dybden for å få mer utfyllende beskrivelser og refleksjoner. Jeg hadde i tillegg laget oppfølgingsspørsmål på bakgrunn av informantene er forskjellige. Noen snakket fritt og beskrev mye, mens andre trengte oppfølgingsspørsmål. Her avsluttet jeg med egen prosess etter at intervjuene var ferdig. Informasjon om at datamaterialet ville bli slettet etter transkribering. Jeg takket alle for at de ønsket å delta i studien og intervju.

Tredje fase er avrundingspørsmål som kan lede oppmerksomheten bort fra refleksjonsnivået og normalisere situasjonene mellom to personer, informant og intervjuer (Tjora, 2020).

4.5 Forforståelse

Det at jeg hadde lang erfaring med å jobbe med diabetesteam i spesialisthelsetjenesten kan være både en fordel og ulempe for studiet. Fordelen var at jeg hadde bakgrunnskunnskap fra diabetessykepleiers faringer fra sykehus hvor de på små sykehus jobbet alene og hva de opplevde, men også mindre hensiktsmessig for min egen fortolkning av empirien. Det er lett å sammenligne mine erfaringer med det sykepleierne erfarte på legekantor. Jeg har gjort meg noen egne tanker om betydningen av økt kompetanse til kommunene og hva det vil bety i oppfølgingen av diabetespasienter og jobben de gjør. Jeg opplevde og erfarte at diabetessykepleiere som var ansatt på legekantor i kommunene gjerne var ildsjeler som brant for faget og var aktive støttespillere når vi holdt kurs for kommunene. Jeg erfarte også at diabetesteam ofte var avhengig av stabilitet hos diabetessykepleierne og deres engasjement var drivkraften og avgjørende i pasientbehandlingen. Før jeg startet med masteroppgaven hadde jeg mange år sittet i fagrådet i diabetes i Helse Nord og erfarte hva som skulle til for å utvikle diabetesomsorgen i regionene ved at vi evaluerte og skrev fagplan.

Forforståelse vil være preget av erfaringer som er opparbeidet gjennom flere år både som sykepleier, regional diabetessykepleier og klinisk spesialist som diabetessykepleier og vil påvirke måten jeg leser og tolker data. Erfaringen gjør at feltet er kjent og at jeg har kunnskap rundt teamet, noe Malterud underbygger ved å beskrive at forforståelse er den ryggsekken vi bringer med inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2017). Nettopp derfor er det viktig å reflektere over egen forforståelse. Jeg reflekterte over min rolle som forsker og mine roller som regional diabetessykepleier, diabetessykepleier og sykepleier. Diabetesmiljøet nasjonalt sett er relativt lite, så det var ikke unikt at vi visste om andre diabetessykepleier gjennom kurs, møter og konferanser og støttes av Tjora der han belyser at alle bærer med seg en forforståelse og at det er redelig å vise til hvordan man som forsker forstår betydningen av forforståelsen (Tjora,2020).

Jeg anser det som en fordel at jeg hadde kjennskap til fagområdet, men også at det lett ble for snevert når jeg i samarbeid med veileder utarbeid intervjuguiden. Min egen nysgjerrighet rundt diabetessykepleierne vil være preget av mine kunnskaper, holdninger, fordommer eller mangler i kunnskap (Gadamar, 2010). Dette vil kunne prege samtalen mellom meg som forsker og diabetessykepleierne. Vi får del i deler av virkeligheten, men ikke den hele sannhet. Gadamer beskriver at egen forforståelse og den andres vil veksles mellom og hvor

åpen prosessen skal være avhengig av gjennomføringen av intervjuet, analysen og fortolkningen hvor vi beveger oss innenfor den hermeneutiske fenomenologiske sirkelen (Gadamer, 2010). Jeg måtte bli bevisst min egen forforståelse ved å ta til meg gode tilbakemeldinger fra veileder som så ting annerledes og fra andre sider. Jeg erfarte at ved å lage enkle spørsmål som krevde ja og nei svar. F.eks. har dere Noklus?, bruker dere nasjonale retningslinjer? Spørsmål som ikke kom i dybden på sykepleiernes erfaringer. Etter hvert utarbeidet jeg i samarbeid med veileder en intervjuguide hvor jeg stilte mer praksisnære spørsmål som bidro til utfyllende svar.

Det vil alltid være utfordrende å forske på egen profesjon. Det kan føre til at jeg ikke blir kritisk nok til eget fagfelt og egen identitet. Kanskje jeg setter diabetessykepleierne vel høyt og kan bli blind og lite kritisk, men jeg kommer til å ta med meg min egen forforståelse i studiet. Forforståelsen kan svekke oppgaven ved at jeg fokuserer for mye på hva jeg selv har erfart og ikke stiller oppfølgingsspørsmål som vil gi mer utfyllende beskrivelser. Ved å stille meg åpen til feltet ved søk av kunnskap unngår jeg at jeg blir fanget i min egen forforståelse og med det unngår bias/tunnelsyn. Jeg har under hele prosessen vært bevisst metodebruk og begrunnelse for hva jeg velger for å unngå bias. Jeg har sett på forskning med åpenhet.

Ved å skrive masteroppgave vil forforståelsen endres og forandres underveis i prosessen ved økt kunnskap. Ved utvikling av ny forforståelse er det viktig at jeg er åpen om den forforståelsen jeg hadde før jeg startet med oppgaven.

Jeg har gjennom oppgaven vært bevisst dette og fokusert på å se forskningen med åpenhet. Forforståelsen kan dermed styrke og svekke oppgaven.

4.6 Forskningsetikk

Etikk handler om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er galt eller riktig (Johannessen et al, 2015) I en masteroppgave der empirien består av intervju betyr etikk hvordan forskeren møter og behandler sine informanter og den informasjon som gir grunnlag for empirien.

Etter at jeg hadde utarbeidet intervjuguiden søkte jeg godkjenning til Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK). Ifølge Malterud skal alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter ha forhåndsgodkjennelse av REK (Malterud, 2017). Etter at

godkjenningen var bekreftet utformet jeg et informasjonsskriv der jeg beskrev prosjektet jeg skulle i gang med og sendt til øverste ledere i helse og omsorgstjenesten i de representative kommunene (vedlegg 1). I tillegg sendte jeg med samtykkeerklæring (vedlegg 2) og et velkomstbrev til de som skulle delta på intervjuer (vedlegg 3).

Jeg hadde hele tiden med meg en respekt overfor diabetessykepleierne og en ydmykhet over at de delte av deres erfaringer, noe Kvale og Brinktmann beskriver ved en intervjuundersøkelse som en moralsk overveing som skal være tilstede under hele prosessen (Kvale, Brinkmann 2015, s.95). Etikk handler først og fremst om forholdet mellom mennesker, og hva man kan og ikke kan gjøre mot hverandre (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2017).

Når forskning omhandler mennesker, er det alltid et etisk perspektiv. I Norge er forskningsetikken regulert gjennom; Lov om behandling av etikk og redelighet om forskning (Lovdata), og Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Lovdata, 2009). Disse lovene forvaltes av De nasjonale forskningsetiske komiteene og regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, dette med formål om å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Kunnskapsdepartementet).

I forkant av intervjuene fikk ledere tilsendt informasjonsskriv om prosjektet (se vedlegg 2). Før hvert intervju startet, signerte sykepleierne et samtykkeskjema. De ble garantert konfidensialitet og samtidig anonym presentasjon av studiens funn. Jeg informerte videre om at de deltok frivillig og hadde mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen uten å gi noen forklaring. Datamaterialet/ empirien ble anonymisert, med det menes at datamaterialet ble bearbeidet slik at det ikke er mulig å tilbakeføre opplysningene fra enkeltpersoner. Jeg har ikke opplyst i hvilken kommune eller legekantor de jobber på bakgrunn av at det finnes få legekantor som har ansatt diabetessykepleiere. Jeg sørget for full konfidensialitet i forskningen, og lydbånd og transkribert tekst oppbevart og destruert etter bruk utfra gjeldende regler fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Alle informantene kunne fortløpende trekke seg fra studien uten videre begrunnelse dersom det skulle bli aktuelt. Malterud (2017) fremhever nødvendigheten av å bevare respekten for informantene i forskning og formidling av resultatene. Jeg som forsker må være varsom og tenke over de sitat som brukes i studien for ikke å såre eller latterliggjøre presentasjonen. Jeg må være bevisst min rolle for forsker og behandle materialet i ettertid med troverdighet og respekt overfor informantene. Jeg må ha tenkt over på forhånd at ved å intervjuer

diabetesykepleierne må relasjonen være preget av tillit. Jeg må vise respekt under hele prosessen både før, under og etter.

4.7 Validitet og reliabilitet i studien

Data er ikke selve virkeligheten, men en presentasjon av den og hvor godt eller relevant data presenterer fenomenet vil være et sentralt spørsmål (Johannessen et al., 2010). I kvalitativt forskningsprosjekt vil troverdighet være det overordnede begrepet for pålitelighet, gyldighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2010).

Ved å undersøke praksisen til diabetesykepleiere gjennom individuelle dybdeintervju er det viktig at jeg som forsker har gjort systematisk forarbeid og at prosessen er sporbar og synlig for andre. Jeg startet tidlig med å utarbeide intervjuguide som skulle svare på forskningsspørsmålet. Utvalget var strategisk valgt ut fra fenomenet jeg ønsket å undersøke nærmere og for å søke svar på forskningsspørsmålet. Jeg har 7 informanter. Ifølge Malterud (2011) vil materialet kunne styrkes gjennom at utvalget er strategisk og ved dybdeintervju. Det er ikke antall informanter, men informasjonens «metning» det handler om.

Som forsker er det viktig med et kritisk blikk for å se om studien har betydning og relevans for andre. Jeg har brukt lang tid på å undersøke hva som fantes av litteratur, anbefaling, artikler og ny forskning under hele prosessen.

Jeg har satt meg grundig inn i hva retningslinjene, føringer og anbefalinger de siste årene har skrevet. For at studien skal være nyttig og overførbar for andre er det viktig å vise breddekunnskap gjennom utviklingen historisk og i dagens kontekst, men også innovativt. Jeg har lest forskningsartikler som nylig er publisert for å holde meg kontinuerlig oppdatert. Troverdighet i studien må sees som en helhet gjennom hele studien. For å vurdere troverdighet vil det innebære i hvilken grad forskeren har frembrakt resultat som er gyldig, pålitelig og overførbar (Dragset & Ellingsen, 2010). Jeg har lest meg opp på metode og vitenskapsteori og gjennomgått alle fasene fra rådata til tekstkondensering trinn for trinn. Forskningsdesign er valgt på bakgrunn av både forskningsspørsmålet og forskning på området. Jeg mener designet passer godt til studien og at antall informanter er tilstrekkelig for å dekke forskningsspørsmålet. Informantene fortalte mye fra praksis.

Gyldighet er hvorvidt de svarene vi finner i forskning, knyttet til spørsmålet faktisk er svar på de spørsmål vi forsøker å stille. Det kan være en relativt komplisert affære innenfor fortolkende tradisjon (Tjora, 2020). Ifølge Kvale (1997) kan det være snakk om kommunikativ gyldighet som testes i dialog med forskersamfunnet og pragmatisk gyldighet testes ved spørsmålet om hvorvidt forskningen fører til endring eller forbedring (Tjora, 2020). Studien har en fenomenologisk tilnærming hvor menneskelig erfaring blir utforsket (Johannessen et al, 2010). Det som viser seg gjennom sykepleiernes erfaringer er hentet fra deres beskrivelser av fenomenet de er en del av, med andre ord hva de erfarer fra jobben som diabetessykepleier på legekantor. Det er viktig å gjennomgå de verktøy som brukes for å få frem kunnskap. Samtidig må man spørre i hvilken grad metoden og referanserammen egner seg til å gi gyldige svar på spørsmålene vi skal stille. Selv om data er presise på undersøkelsesinstrument vi bruker for fremskaffelsen, vil validiteten bli lav dersom kartleggingen ikke gjennomføres på en måte som er relevant for formålet (Malterud, 2011 s. 22).

4.8 Presentasjon av analyseprosessen

Jeg transkriberte intervjuene rett etter de var utført for å ha det ferskt i minne. Fra første intervju til siste intervju gikk det flere måneder. Jeg skrev ordrett alt som ble sagt og tok med ord som eh, mmm, for å være helt tro mot materialet. Stort sett alle intervjuene varte rundt en time. I tillegg gjennomgikk jeg egne notater jeg gjorde under intervjuene. Da jeg var ferdig med å transkribere intervjuene sto jeg igjen med rundt 50 siden tekst.

I en kvalitativ, fenomenologisk tradisjon er forskningsprosessen dynamisk og i bevegelse. Gadamer (2019) betegner denne prosessen som hermeneutisk. Som et eksempel; i denne studien av sykepleiernes erfaringer skjer analysen av datamaterialet gjennom flere samtidige prosesser, hvor jeg som forsker skal forholde meg til informantens erfaringer, først og fremst. Samtidig er min egen forforståelse (Gadamer, 2010) i prosessen til stede og påvirker både de spørsmål/tema jeg legger til rette for i dialog med sykepleierne, og hvordan jeg fortolker det som fremkommer og de teoretiske perspektiver som etter hvert skal koples til. Ens egen forforståelse og holdning (Gadamer, 2010) er slik viktig å være tydelig på i forskningsprosessen.

Etter å ha lest igjennom materialet språkvasker jeg teksten for å gjøre den mer leservennlig og forståelig. Jeg fjernet ord som eh, mmm osv. Da jeg hadde språkvasket teksten leste jeg mange ganger igjennom materialet for å få et helhetsinntrykk over hva som var sagt. Jeg prøvde å finne fellesnevnerne og hva som skilte seg ut. For å strukturere empirien benyttet jeg Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud 2011). Metoden egner seg for analyser av fenomener, for å utvikle nye begreper og beskrivelser (Malterud, 2011, s. 96). Malterud 2011, s.97 skriver følgende: «Ifølge Giorgi er formålet med fenomenologiske analyse å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Vi leter etter essenser og eller vesentlige kjennetegn ved fenomenet vi studerer og samtidig forsøker å sette vår egen forforståelse til side i møte med data, samtidig vet vi at dette egentlig er et uopnåelig mål». Malterud skriver også om betydningen av å ha et reflektert forhold til egen innflytelse og å være lojal overfor det informanten (Malterud, 2011, s. 97).

Etter å ha fått oversikt over materialet gjennomførte jeg punkt for punkt med systematisk refleksjoner for å finne tema som beskrev sykepleiernes erfaringer fra sitt arbeid. Jeg fikk da en indikasjon over tema som gikk igjen hos alle og hva som skilte seg ut. Ifølge Malterud (2011) kan en foreløpig analyse justeres underveis, med utgangspunkt i hva analysen sier ved å fordype seg i empirisk data (Malterud, 2011, s. 96). Underveis i prosessen opplevde jeg at nye ting kom opp som jeg ikke hadde sett første gangen jeg jobbet med empirien. Jeg ble mer oppmerksom på hva jeg skulle se etter og oppdaget at det var til dels store variasjoner rundt samme tematikk. Malterud beskriver følgende fire trinn som en prosedyre i analysen og de består av: 1) å danne et helhetsinntrykk, 2) å abstrahere innholdet i meningsdannende enheter, 3) å identifisere meningsdannende enheter, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Formålet i systematisk tekstkondensering er å ivareta noen underliggende prinsipper (Malterud s.98, 2011).

Å danne et helhetsinntrykk

Ved første gjennomlesning av empirien vil egen forforståelse være preget av den kompetanse og erfaringer. Det er lett å skape forestillinger og konklusjoner ut fra de første gjennomlesninger. Jeg jobbet med å legge egen forforståelse til siden og stille meg åpent til materialet og hvilke beskrivelser som viste seg. I starten ser man ikke skogen før bare trær. Det var en ny måte å tilnærme seg materialet og krevde øving å frigjøre seg fra egen forforståelse. I denne fasen settes egen forforståelse og teoretisk referanseramme midlertidig i parentes som samsvarer med det fenomenologiske perspektivet (Malterud, 2011).

Det tok tid å få oversikt og bli kjent med materialet ved en fenomenologisk tilnærming. Forskerspørsmålet var hele tiden med som et bakteppe. Etter hvert klarte jeg å få oversikt og essensen fra empirien. Jeg starter jobben med å leite etter de store linjene og finne hoved essensen i materialet. Det var overveldende mye ord i begynnelsen, rett og slett uoversiktlig. I denne prosessen vurderte jeg mulige tema som kunne representere felles erfaring og oppfatning. I denne fasen jobbet jeg ut fra et fugleperspektiv for å danne mest mulig oversikt av empirien. Ifølge Malterud er helheten viktigere enn iøyefallende detaljer. Videre prøvde jeg å legge egen forforståelse til siden og stille meg åpen til materialet. Jeg skrev oppsummering av hvert intervju og skrev stikkord og noterte underveis for å danne mer oversikt. Det var flere temaer som gikk igjen i alle intervjuene. Til slutt endte jeg opp med 7-8 temaer som gikk igjen. Malterud beskriver at vi kan stille oss åpne til de inntrykk som formidles i materialet og hvor lekmannsperspektivet er mest interessant (Malterud, 2016). Ved at jeg som forsker leser og tilnærmer meg materialet åpent, vil jeg få tak i deres unike beskrivelser. Dersom jeg hadde hatt en tilnærming til materialet hvor jeg allerede ut fra egen forforståelse konkluderte, ville disse unike stemmene blitt overskygget og reflektert fra meg som forsker. Mitt helhetsinntrykk etter første trinn var at de hadde små stillinger og det var store variasjon rundt samarbeid med legen og teamarbeid, stillingene var lite forankret og bar preg av nybrottsarbeid. De jobbet selvstendighet og det var knyttet forventninger til stilling og kompetanse og de hadde et stort engasjement for eget fag. Oppsummert var det fellestrekk som gikk igjen hos informantene, men også til dels store variasjoner ved hvordan de opplevde samme sak. I samråd med veileder diskuterte vi de temaene som materialet viste som et første steg i prosessen.

Å abstrahere innholdet i meningsdannede enheter

Jeg startet prosessen med å abstrahere innholdet etter at jeg

Ifølge Malteruds andre trinn av analysen skal vi her organisere delen av materialet som vi ønsker å studere nærmere (Malterud, 2011). I denne fasen sto jeg igjen med relevant tekst som belyste problemstillingen. Jeg luket ut unyttig tekst som ikke var relevant for studien. Denne fasen var krevende, og jeg leste linje for linje.

Kvale (2015) sier meningsfortetting medfører uttalelser av intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer (Kvale, 2015, s. 232). Til slutt gikk jeg i gang med å lage meningssammenhenger/ meningsbærende enheter fra sykepleiernes erfaringer for å

identifisere og sortere arbeidet. Videre jobbet jeg med å kode materialet til en forståelig enhet for å finne tema. Ifølge Malterud starter vi med en systematisk gjennomgang. I Giorgis opprinnelige prosedyre gjennomføres en identifisering av meningsbærende enheter (Malterud, 2011). Jeg valgt ut tekst som beskrev sykepleiernes erfaringer rundt team fra første trinn. Jeg delte inn sammenfattet tekst fra empirien i kolonner og analyserte ord for ord for å finne mening av teksten. Videre laget jeg koder for å sortere og organisere de delene som skal studeres videre.

Den ferdige analysen representerer de identifiserte temaer, med eksempler fra intervjuer som fremkommer som fortellinger i analysen/teksten. Det er sykepleiernes egne ord og fortellinger som kommer til syne i teksten. Samtidig som dette er et viktig grunnlag for studien, er som nevnt min egen forforståelse til stede, hvor de valgte teoretiske perspektiver fremkommer både ut fra den induktive prosess, men også egen forforståelse og evne til å se og fortolke datamaterialet. Dette er beskrivende for den fenomenologiske hermeneutiske tradisjon, og for utvikling av kunnskap og forståelseshorisonter slik vi finner dette beskrevet hos Gadamer (2010)

Etter å ha gjennomgått og identifiserte meningsbærende enheter etter å lest ord for ord sammenlignet jeg de punktene jeg hadde fra helhetsinntrykket og første gjennomlesning. var mye av empirien komprimert fra sin opprinnelse. Jeg hadde allerede laget noen punkter som jeg jobbet videre med. I denne fasen krevdes fleksibilitet og kreativitet for å finne frem til kodegrupper som kunne svare på spørsmålet. Jeg finleste linje for linje for å identifisere hva de sa. Underveis i prosessen skilte jeg relevant tekst fra irrelevant tekst som favnet spørsmålet. Det var en krevende fase og ikke alltid like lett å finne de riktige kodene og skille de ut fra det som først viste seg ikke passet inn. Ifølge Malterud innebærer det en form for filtrering for å vurdere hva som skal være med videre slik at vi ikke bare tar med det som virker fengende (Malterud, 2017).

Meningsbærende enhet	Meningskondensering	Kode	Subtema	Tema
Æ e jo livredd for å gjøre feil. Så kanskje den veiledningsfunksjonen den mangler æ jo litt nu. Det å få støtte på at jeg gjør, ja både rette vurdering og ikke går utover mitt mandat.	Savner tilbakemelding fra fastlegene på at de vurderingene som blir tatt er riktige. Livredd for å gjøre feil og savner veiledning. Ikke gå utenom mandatet	Savner mer tilbakemelding og veiledning fra leder og innenfor mandatet Livredd for feil	Tilbakemelding fra leder på rammevilkårene Livredd	Ledelseforankring – å stå alene

Det har æ kjent litt på at æ kanskje savner				
---	--	--	--	--

Tabell 2: Eksempel på abstraksjon av meningsbærende enhet til tema

Å identifisere meningsdannede enheter

Selve tolkningen/ abstraksjonen startet etter jeg hadde fått oversikt over materialet og starte å analysere gjentakende mønster gikk igjen. Malterud beskriver at som regel gjennomføres en koding av materialet som innebærer dekontekstualisering (Malterud, 2017). Uttak av tekstdeler som allerede var gjennomgått ble plassert sammen med lignende tekstbiter som kunne si noe rundt samme team. Disse tekstdelene kalles ofte meningsbærende enheter. Denne prosessen tok tid. Når jeg hadde kommet frem til mange tekstbiter som beskrev samme relevante fellestrekk ble de satt sammen og abstrahert.

I tredje trinn i analyseprosessen skal vi abstrahere kunnskapen vi har etablert i andre analysetrinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011).

Enkelt kondensat	Summert kondensat	Subgruppe
Jeg føler at det ligger mer forventninger om at jeg har et annet blikk i forhold til brukerne i hjemmetjenesten, selv om det er ikke noe definert på et vis er jeg egentlig sykepleier i hjemmetjenesten med litt mer tyngde på det feltet	Det forventes at jeg skal ta mer ansvar for pasienter med diabetes når jeg er på jobb i hjemmetjenesten på bakgrunn av at jeg har litt mer tyngde på feltet	Forventninger og ansvar
I forbindelse med utbygging på legekantoret måtte jeg droppe det ei stund, så har jeg tatt sporadisk de vanskelige, jeg følte jeg måtte ta. De legene ikke kom i mål med.	Jeg følte ansvar for de dårligst regulerte pasientene når jeg måtte omdisponere jobben en periode	Forventninger og ansvar
Æ syns det er veldig utfordrende det at jeg føler jeg må kunne alt om medikamenter og at legene mange ganger spør meg om ting. Jeg er ikke helt der at jeg vet	Det forventes fra fastlegene at jeg skal være oppdatert på hvilke medisiner som finnes	Forventninger og ansvar

Tabell 3: Hvordan jeg kom frem til subgrupper og Kondensat:

Å sammenfatte betydningen av dette

Fjerde og siste trinn i analyseprosessen besto i å sette sammen bitene som jeg hadde jobbet med i trinn tre. Jeg satt igjen med flere kodegrupper og subgrupper som måtte ryddes og plasseres der de hørte hjemme. Flere av kode gruppene handlet om det samme når jeg oppsummerte. Jeg slo sammen flere subgrupper som hørte under samme kategori.

<u>Kode</u>	<u>Tema</u>
Tilrettelegging og organisering	Utforming av stillingen – en tilfeldighet?
Frihet og autonomi	Tillit og den gode samtalen limet i diabetesomsorgen
Forventninger og ansvar	Å stå alene – en balansekunst
Samarbeid og teamfølelse	Tverrfaglig samarbeid med fastlegen
Diabetesomsorg og refleksjoner	Refleksjoner rundt diabetesomsorgen

Tabell 4: Kodegrupper etter subgrupper som danner tema

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres funnene fra empirien. Etter analyseprosessen oppsummeres fem hovedfunn som belyser forskningsspørsmålet:

- ✓ Utforming av stillingen – en tilfeldighet?
- ✓ Tillit og den gode samtalen - limet i diabetesomsorgen.
- ✓ Å stå alene – en balansekunst
- ✓ Tverrfaglig samarbeid med fastlegen
- ✓ Tanker rundt forbedringer av diabetesomsorg

5.1 Utforming av stillingen – en tilfeldighet?

Med utforming menes det her både hvordan stillingene ble opprettet og kom på plass, og hvordan sykepleieren har organisert seg i møte med pasientene og i samarbeid med legene.

Det hele startet et sted. 6 av informantene hadde jobbet flere år på legekantoret før de tok videreutdanning i diabetes. De var erfarne sykepleiere. Kun to hadde blitt oppfordret internt til å ta utdannelsen. Resten hadde tatt initiativ selv. Dette viser at initiativet til videreutdanningen i diabetes på de fleste kontorene ble gjennomført som følge av sykepleierens egne ønsker og initiativ.

Alle bortsett fra en av sykepleierne hadde hele stillinger ved legekantorene, hvor diabetesstillingen var en liten delstilling som tilsvarte 10 til 20 %. Informantene beskrev videre at de ikke hadde noen form for skriftlig stillingsbeskrivelse tilknyttet stillingen. En informant beskrev følgende: «*Vi har avtalt at en dag i uken skal brukes til diabetespasienter. Det er jo ikke formalisert noe formelt rundt hva stillingen innebærer*»

Etter videreutdanningen var på plass, ble stillingene opprettet noe tilfeldig. Alle informantene beskrev oppstarten forskjellig, men beskrivelser som «det bare ble sånn» eller «det har bare gått seg til» gikk igjen. De måtte enten selv eller i samarbeid med legene forme stillingen ut fra tilfeldigheter og gjerne etter hva legene hadde behov for at sykepleierne skulle gjøre. Samtidig var det et åpent spørsmål hvor hver og en kunne hente faglig støtte fra i starten. En diabetessykepleier beskrev at hun fikk hospitere på et annet legekantor som hadde

diabetessykepleier og et par dager på sykehus for å forme stillingen ut fra hvordan andre kontor hadde organisert stillingene. Dette var etter eget ønske og etter avtale med fastlegen på kontoret, og viser faglig samarbeid både tverrfaglig og på institusjonsnivå.

En faktor som er viktig å synliggjøre som vesentlig ved utformingen av det praktiske arbeidet, er rammefaktorene for sykepleiernes konsultasjon med pasientene. Tid til pasienter er vesentlig å nevne her, også muligheter sykepleierne har for kontor og et sted å møte pasientene på. De fleste hadde en til to dager i uken hvor de jobbet med diabetes og diabetespasienter. En sykepleier hadde kun et par dager i måneden. Det kom også til syne store variasjoner i hvor lang tid selve konsultasjoner med pasienter kunne vare. De fleste av informantene fortalte at de brukte om lag 45 minutter på hver konsultasjon, og de opplevde å få styre tiden i stor grad selv ut fra hva pasientene hadde behov for. Som en av sykepleieren forteller:

Ved nyoppdaget diabetes hvor pasienten har masse spørsmål, er jo tre kvarter for lite, men de pasientene jeg kjenner godt som kun kommer for å sjekke HbA1c kan jo tre kvarter være i meste laget.

Dette viser på den ene siden at sykepleieren opplevde å ha god tid til pasienten der det var nødvendig, og at de opplevde autonomi. Spesielt ble god tid brukt der nye pasienter kom til første gangs konsultasjon og i tillegg skulle starte opp med insulin. Informantene beskrev nye pasienter engstelse for sykdommen, noe som krevde både tid og omsorg av sykepleierne, som en forteller “pasientene trenger informasjon og opplæring både i injeksjonsteknikk ved oppstart av insulin, oppbevaring av insulin og i å mestre sykdommen generelt.” Stort sett alle informantene beskrev at det første møtet startet med å kartlegge pasientens ståsted. Dette siste viser den sykepleierfaglige tilnærmingen som omhandler både omsorg det å “se den andre”, men også det fagspesifikke og tekniske som kreves av sykepleieren.

Et annet forhold som sykepleierne var opptatt av mht. rammefaktorene var tilgang på kontor. Halvparten av informantene hadde egne kontor, mens de andre måtte tilpasse seg alt etter hvilken lege som var på jobb og hvilke kontor som var ledig. En sykepleier fortalte følgende: *«Når vi ikke har turnuslege, så bruker jeg det kontoret. Eller når kommunelegen har administrative dager tar jeg hennes kontor, vi tilpasset oss.»*

Det var ikke alltid like lett å tilpasse seg mangel på kontorplass. En informant forklarte at dersom det kom uforutsette pasienter med nyoppdaget diabetes, måtte hun slippe alt hun holdt

på med og prioritere pasienten. Hun fortalte videre at hun måtte bruke tid på å lete etter ledig kontor, noe som ikke alltid var like lett og tilgjengelig.

Et siste moment som bidro i utforming av stillingene er bruk av Noklus og nasjonale retningslinjer. Dette var noe alle sykepleieren var svært opptatt av å forholde seg til, på godt og vondt.

Alle diabetessykepleierne jobbet ut fra Nasjonale retningslinjer og brukte Noklus kvalitetsregister delvis. Noen brukte retningslinjene slavisk, mens andre beskrev at de brukte deler av den. Stort sett alle brukte Noklus under konsultasjonene, men en av sykepleierne brukte det kun dersom registeret automatisk dukket opp når hun brukte pasientjournaler. En diabetessykepleier som nettopp hadde tatt i bruk Noklus syntes det var enkelte spørsmål i registeret som var vanskelig å tolke. Hun beskrev følgende rundt Noklusregisteret:

Det med øyekontroll har betydning. Har du nedsatt syn er det greit. Samtidig er det jo mange som bruker brilla. Kategoriene tenker jeg er litt diffuse [passer ikke alltid pasientene]. Jeg føler jeg trenger mer avklaring på det.

Dette sitatet er eksempel som synliggjør at Noklus som register ikke er tilpasset enhver viktig problemstilling hos pasienten og tolkning av spørsmål kan gjøre at det oppstår feiler eller at de ikke svarer på spørsmålene på bakgrunn av usikkerhet. Ikke alle legene brukte registeret. Flere sykepleiere prøvde å påvirke legene til å bruke registeret. En informant fortalte følgende:

Hvis en lege kommer til meg som jeg ikke kjenner fra før, vil jeg vise Noklus skjemaet å si til legen at her har du all informasjon, alt står her. Jeg prøver å påvirke legene til å bruke det.

Vider fortalte samme diabetessykepleier at hun både forklarte og viste legene rundt i registeret, hvor de fant frem og kunne hente opp gamle opplysninger for å lette arbeidet. De fleste av informantene hadde lagt opp til tre måneders kontroller og fulgte retningslinjene og Noklus som anbefalt, men flere fortalte at det varierte alt etter behovet og når de hadde mulighet til å kalle inn pasienter. Alle informantene organiserte innkalling av egne pasienter selv. Halvparten av sykepleierne hadde timeliste som fastlegen kunne henvise direkte til diabetessykepleier ved behov. Et par av informantene fortalte at de var dårlige til å markedsføre seg selv på bakgrunn av at de hadde så liten stillingsbrøk og var redd for at etterspørselen ble for stor. De fortalte videre at pasienter tok kontakt på eget initiativ etter på

bakgrunn av at det hadde ryktes at det var diabetessykepleier på legekantoret. En diabetessykepleier skilte seg ut fra de andre sykepleierne på grunn av at hun i tillegg tok alle årskontrollene for fastlegen på legekantoret. «*Diabetespasientene har kontroll hver tredje måned. Det startet med at de gikk annen hver gang til meg og legen, men etter hvert overtok jeg alle årskontrollene for legene*»

Dette viser at diabetessykepleierne hadde forskjellige måter å utforme stillingen og organiseringen.

5.2 Tillit og den gode samtalen – limet i diabetesomsorgen

Alle sykepleierne fremhevet og satte stor pris på at de hadde god tid til å snakke med pasientene og at det hadde stor betydning. Et par av informantene fortalte at store deler av samtalen med pasientene handlet ikke bare om sykdom, men om andre ting som opptok dem. Det var flere som kjente pasienten godt etter årelang kontakt. Stort sett alle informantene beskrev at legene ikke hadde tid til å tilrettelegge for slike samtaler, de hadde det travelt og mye å gjøre var gjentakende beskrivelser fra alle. En informant beskrev følgende:

Det handler ikke egentlig om jobben jeg gjør, men det handler om at jeg er en støtte til pasienten. For jeg snakker jo om hele livet med dem, jeg snakker jo ikke bare om diabetes.

I møte med pasienten var det flere sykepleiere som beskrev at de fikk god respons og tilbakemeldinger på oppfølgingen. Flere sykepleiere fortalte at pasientene hadde fortalt at de hadde det bedre og følte seg ivaretatt. Sykepleierne beskrev at oppfølging og samtalen var myntet på gjensidig respekt og etablert tillitsforhold var avgjørende faktorer også for de medisinske resultatene, som nedgang i blodsukker. En sykepleier beskrev at «*alt handler om et tillitsforhold*». En informant opplevde at noen pasienter helst ikke ville til legen for diabeteskontroll. Dette belyser hvor viktig tillit til diabetessykepleieren er. Hun beskriver følgende:

Jeg har noen diabetespasienter som helst ikke vil komme til legen, men jeg vet at dersom han ringer, trenger han hjelp på et eller annet vis. Da er det faktisk viktigere at han tar kontakt med meg på telefon istedenfor å la det skure og gå lenge.

De gode tilbakemeldinger fra pasienter ble beskrevet som motiverende faktorer og en bekreftelse og respons på at jobben ble verdsatt.

5.3 Å stå alene - en balansekunst

I kraft av den unike kompetansen møtte sykepleierne forventninger til sin faglige rolle. Det kunne være forventninger fra fastleger, kollegaer og pasienter. Å stå alene var noe som tydelig kom frem i empirien. En sykepleier beskriver følgende: *«I og med at jeg har den kompetansen og et annet blikk, ligger det forventninger om at jeg tar mer ansvar»*. Alle informantene jobbet selvstendig og var alene som diabetessykepleiere på legekantoret. Deres kompetanse var etterspurt og unik. I tillegg hadde de mange andre oppgaver. Dette førte til at de følte på press og alene het mht. ansvar. Stort sett alle beskrev rollekonflikt når det var forventninger knyttet til den kompetansen de hadde. Rollekonflikt kunne løses ved at sykepleierne måtte omprioritere. En sykepleier beskrev at hun over en lang periode måtte prioritere andre arbeidsoppgaver istedenfor oppfølging av diabetespasienter på grunn av ombygging av legekantoret. Selv om hun ikke hadde kapasitet til å ha planlagte kontroller følte hun hele tiden på ansvaret overfor pasientene. Sykepleieren beskriver at det var vanskelig å ha det ansvaret og ikke vite hvordan det gikk med pasientene. Da hun var tilbake som diabetessykepleier opplevde hun at flere pasienter var dårligere regulert som følge av manglende oppfølging, og måtte ha annen medisinsk behandling. Det å stå alene og i rollekonflikt beskrev hun følgende:

Jeg har noen som droppet ut når jeg måtte sluttet som er kommet tilbake, der det er gått veldig nedover med resultatene eller blodsukkeret har steget og de trenger annen behandling.

Flere av informantene beskrev at de ble kontakter, forespurt og involvert i tilfeller hvor pasienter var utrygge og redde etter oppstart med insulin. Diabetessykepleierne hadde ikke andre kollegaer å lene seg til og måtte selv ta selvstendige avgjørelser. Flere av sykepleierne gav pasientene sitt private telefonnummer slik at de kunne ta kontakt ved usikkerhet eller om noe skulle oppstå.. En av informantene beskriver følgende: *«Jeg skal være her for å hjelpe deg. Det er bedre du ring til meg, istedenfor legevakta»*.

Dette kan tyde på at det å stå alene førte til at sykepleieren selv opplevde utrygghet ved å stå alene ansvaret og ville sikre seg ved å gi ut telefonnummer til pasientene

5.4 Tverrfaglig samarbeid med fastleger

Samarbeid og team var noe som engasjerte flere av informantene og ble beskrevet som viktig for en helhetlig pasientbehandling. De hadde forskjellige beskrivelser rundt tverrfaglig samarbeid med fastlegene. Det kom frem av empirien at to diabetessykepleierne var gift med en fastlege som jobbet på samme legekontor. Det ble etter hvert et tydelig skille der de som var gift med fastlegen beskrev at samarbeidet fungerte godt og beskrev en lettere tilgang til fastlegen. Dette belyser at relasjon er en viktig faktor rundt tverrfaglig samarbeid. En sykepleier beskrev følgende: *«Jeg har en strak vei inn til legen»*

De andre sykepleierne beskrev at fastlegene hadde det travelt og at det var vanskeligere å få innpass. Sykepleierne tilpasset konsultasjonene ut fra ansvarlig lege, slik at de kunne samkjøre. Det var viktig at legen var tilstede og kunne kontaktes ved behov. Noen syntes det fungerte fint, mens andre beskrev at det var vanskelig å få tak i fastlegen på bakgrunn av at de var lite tilgjengelig og hadde andre oppgaver eller pasienter. Et par av informantene hadde lagt opp til pasient konsultasjoner ut fra at legen var ute av «vanlig» kontordrift og i annen tjenesten enten ved vakt på helsestasjon eller ambulansvakt, dette er et eksempel på det ansvaret som ble pålagt sykepleierne. Da var det lettere å kontakte legen i de tilfeller hvor det skulle skrives resepter eller at legen trengte å møte pasienten. En informantene beskrev at det var vanskelig å hele tiden skulle tilpasse pasientflyten etter hvilke lege som var på jobb. Hun beskrev følgende: *«Blir mye ventetid på lege så vi kunne blitt mye mer effektiv, det er ikke pasienten sin skyld at de føler det blir lange konsultasjoner for det blir venting på legen».*

Ingen av sykepleierne hadde noen form for felles møtepunkt hvor det var rom for faglige spørsmål rundt pasientene eller faget. Derimot beskrev flere at fastlegene møttes jevnlig for avtalte møter. Sykepleierne beskrev at de savnet og ønsket mer samarbeid, men ingen sykepleier hadde prøvd å få dette til selv.

Det handler bare om hvordan man organiserer seg, altså legen skal ikke sitte der å gjøre sin del og så skal vi bare være sånne løpegutta. Jeg tror vi sykepleiere må være mer frempå å vise hva vi faktisk kan

Flere sykepleiere beskrev at når de hadde pasientkonsultasjon kom legen inn enten under, etter eller «bare stakk hodet innenfor døren» i forbiarten. Selv om sykepleierne beskrev en viss form for samarbeid, var det samtidig et savn hos flere. *«Jeg er ganske alene, jeg har aldri fått noen følelse av at vi jobber som et team, nei»*

Knapphet med tid var noe alle informantene belyste som det største hinderet for samarbeidet. Legen har det så travelt, vi har så liten tid og det var jo den tiden, var beskrivelser som gikk igjen hos de fleste. En sykepleier beskrev lite tid for legene:

Det er for mye for legene, det er for stor problemstilling rundt diabetespasientene, de greier ikke i sin hektiske hverdag, akuttvakt i tillegg og det er tre, fire andre pasienter som står på lista, hvordan skal de greie å få tid?

Selv om legene hadde det travelt opplevde flere sykepleiere at de ikke fikk henvist nok pasienter til å fylle opp timebøkene. Sykepleierne beskrev at de kunne ha det romslige med tid og samtidig vite at legene hadde for mange diabetespasienter. Flere stilte spørsmål rundt hvorfor legene ikke henviste pasienten vider til sykepleier. En sykepleier fortalte at hun ved flere anledninger hadde merket seg at fastlegene selv tok de som var dårligst regulert. Hun fortalte følgende:

Jeg har følt at noen leger setter de vanskeligste insulinpasientene til seg selv og ikke til meg. Noen gang har æ tenkt, hm, jeg har jo bedre tid til mine pasienter på mine konsultasjoner til å prat med dem.

Dette kan bety at lege og sykepleier ikke helt har avklart og utnyttet hvilke muligheter som kan ligge i et samarbeid og noe som kunne få følger for pasientene. To informanter opplevde at pasientene ble dobbeltbooket både til lege og sykepleier omtrent samtidig og beskrev det som uheldig overfor pasienten. De opplevde at noen pasienter ble lei og droppet kontroller på grunn av at det ble for ofte. Ved at de droppet ut av kontrollsystemene ble flere pasienter dårligere regulert og langtidsblodsukker igjen steg. Sykepleier fortalte følgende: *«Her har vi et logistikkproblem, det er ikke bra for pasientene og føler de går til lege og sykepleier hele tiden. Den kan være en brems for pasienten».*

Det var flere sykepleiere som beskrev at det var ubehagelig når fastlegene spurte sykepleier om medisinske råd rundt nye medisiner. Stort sett ingen av sykepleierne fortalte at de klarte å holde seg oppdatert over den «jungelen» av ny medikamenter som fantes på markedet. Sykepleierne fortalte at de var godt kjent med standardoppstart med metformin som var anbefalt som førstehåndsbehandling i nasjonale retningslinjer, men utover alle nye medikamenter var det flere som beskrev utrygghet og at de var lite oppdaterte. En sykepleier fortalte:

Jeg syntes det er veldig utfordring at jeg føler at jeg må kunne alt om medikamenter og at legene mange ganger spør meg om ting. Jeg er ikke der at jeg vet hva vi skal gjøre ved for eksempel bytte av et medikament, ja det syntes jeg er en utfordring.

Sykepleierne beskrev at de opplevde gode tilbakemelding fra leger ved at legene hadde merket at pasientene var bedre regulert etter at de hadde vært hos sykepleierne. Dette ble fremhevet som viktige og motiverende faktorer. En beskriver det slik: «Jeg opplever at legene kommer med flere diabetespasienter. *«Det tar jeg som en god tilbakemelding på at de er fornøyde med jobben jeg gjør»*: videre beskrev hun at når hun kom med forslag om medisiner og videre planer ble hun hørt og respekter av legen. Hun fortalte at hun hadde et godt gehør og gjorde en grundig kartleggingsjobb av pasientene før hun kontaktet fastlegene for videre behandling og oppfølging. Hun fortalte følgende om en felles pasient som hadde blitt mye bedre etter ny medisin:

Legen sa til meg i lunsjen at du gjør en god jobb, jeg spøkte med legen at du skrev jo tross alt resepten, så du har jo gjort litt du også.

Den samme sykepleieren beskrev at hun syntes at hun hadde et godt samarbeid med fastlegene, men at hun kunne ha profilert seg mer ut mot dem for å informere hva hun kunne avhjelpe de med.

5.5 Refleksjoner rundt Diabetesomsorgen

Alle informanter beskriver konkrete tiltak som kan bidra til ytterligere forbedring av diabetesomsorgen. Flere sykepleiere fremhevet først og fremst betydningen av egen rolle som diabetessykepleier på legekonto som en viktig jobb. Sykepleierne beskriver et godt tilbud til diabetespasienter og at individuell oppfølging hadde betydning for mestring og bedring av langtidsblodsukker. Sykepleierne forteller om bedre kontrollrutiner og struktur rundt pasientene etter at de overtok administreringen. Dette belyser yrkesstolthet og at de er stolt over egen kompetanse og autonomi i stillingen

Et konkret tiltak som kom frem av empirien var en felles beskrivelse rundt manglende kompetanse hos andre helsepersonell. De beskrev behovet for å øke kompetansen både var ønskelig og trengende. Det var flere av informantene som opplevde å bli kontaktet av helsepersonell (både sykepleiere og annet helsepersonell) fra sykehjem og hjemmetjenesten som trengte råd og veiledning overfor diabetespasienter som brukte insulin. Det er mye utrygghet knyttet til insulinbehandling og redsel for at pasienter skulle få for lave

blodsukkerverdier. Et par informanter opplevde å måtte gjenta samme informasjon til utrygge helsepersonell flere ganger på grunn av stor sirkulasjon av helsepersonell. Dette førte til dobbel kommunikasjon og liten kvalitetssikring rundt pasientene og bidro til å komplisere informasjonsflyten rundt pasientene. En sykepleier uttrykte følgende:

Når jeg snakket med en i hjemmetjenesten og forklart at når du sett setter insulin om kvelden, da vil blodsukkeret på morgenen være sånn og sånn, da føle jeg at jeg må gjenta det ofte, det blir borte.

De konkretiserte og oppsummerte at det burde vært ansatt flere diabetessykepleiere både på sykehjem, flere legekantor og i hjemmetjenesten.

En annen innfallsvinkel for forbedringstiltak ble beskrevet med dagens takstsystem. Et par av informantene beskrev at slik dagens taksordning var førte til at legekantorene ikke satset på kompetanse i form av sykepleier eller diabetessykepleier på grunn av kostnadene. Flere beskrev at legekantorene prioriterte helsesekretærer som ble opplært i diabetesbehandling. En sykepleier beskrev følgende: *«Legene skal ansette helsesekretærer som skal få spesialområder som diabetessykepleier og det blir for tynt grunnlag for meg å akseptere.»*

Dette viser betydningen av å gjøre noe med finansieringsordningen. En kommunalt ansatt sykepleier beskrev at slik ordningen med takster var i dag klarte hun ikke å tjene inn sin egen dagslønn med en dag i uken og totalt antall pasienten som hun brukte mye tid på. Hun beskrev at dersom det hadde kommet under refusjonsordningen hadde hun kunne finansiert egen jobb, noe som ville vært kjærkomment for kommunen. Et par sykepleiere fra private legekantor beskrev et ønske om at legene skulle vært fast lønnet og drevet kantorene med kommunal hjelp. Hun fortalte at alle leger burde vært fast ansatt og drevet legekantorene ved hjelp av kommunal støtte

Jeg tror ikke legene er uvillige til å gå over til et mer fastlønnssystem på sikt. Nå har jeg jo litt «Inside Information» med de jeg omgås med, men jeg tenker gjengs over vil det være samfunnsnyttig og man får en bedre omsorg rundt pasienten.

Flere sykepleiere løftet frem ønsker om lavterskel tilbud til befolkningen i kommunen. Forbyggende tiltak som var med på å forbedre tilbudene til diabetespasienter. De ønsket egne startkurs lokalt, slik at pasientene slapp å reise langt for å få tilbudet. Et par sykepleiere

fortalte at pasienter ofte takket nei til tilbud om startkurs på grunn av at det var for tungvint å reise bort over flere dager. Det ble foreslått at lokale startkurs i kommunene ville være både lærerikt og nyttig for pasienten. En sykepleier fortalte at interessen for læring og kunnskap var stor, men de prioriterte ikke dagens tilbud om å reise bort. Lokale trimgrupper, drop in kurs ble også nevnt som nyttige forebyggende tiltak av flere sykepleiere. En annen sykepleier skulle ønske det var mer informasjon rundt kosthold og fysisk aktivitet. Hun fortalte at pasienter hadde etterspurt jevnlig oppfølging på kost og opplysninger om forebyggende tiltak var noe som pasientene var opptatte av. Hun fortalte følgende: *«Jeg skulle ønske vi kunne hatt mer lavterskeltilbud. Det var hele tanken min da jeg tok videreutdannelsen».*

Et par av sykepleierne beskrev ønske om et fungerende tverrfaglig team som ikke bare skulle bestå av fastlegen og diabetessykepleier, men også tannlege, fysioterapeut og psykolog som naturlige samarbeidspartnere. Hun beskrev følgende: *«Ønskedrømmen min ville vært og hatt et større fagteam som hadde fungert».*

6.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene fra studiene i lys av teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Jeg har valgt å belyse funn som går på samarbeid og det å komme i skvis. Videre vil jeg diskutere team – en forutsetning for god diabetesomsorg.

I lys av problemstilling og forskningsspørsmål som innledningsvis er presentert skal jeg i denne delen drøfte noen sentrale funn. Spørsmålene var følgende: **Hvilke erfaringer har diabetessykepleiere med faglig samarbeid og organiseringen av arbeidet tilknyttet diabetesomsorgen på legekantor i primærhelsetjenesten?**

Forskningsspørsmål er følgende:

- 1) Hva fungerer godt, og hva er utfordringene i dette arbeidet?
- 2) Hva erfarer diabetessykepleier skal til for å utvikle diabetesomsorgen ytterligere?

6.1 Samarbeid

6.1.1 Å komme i skvis

Å komme i skvis handler om flere forhold knyttet til å være diabetessykepleier i primærhelsetjenesten. Det handler om hierarkiske strukturer hvor sykepleierne fortsatt opplever å være «under» legene, og mangel på tid hos fastlegene var gjennomgående. Å komme i skvis handler om at sykepleierne opplevde flere utfordringer ved jobben som gikk på forventninger både fra fastleger, pasienter og kollegaer, dobbeltroller og om manglende organisatoriske strukturer og rammer.

Både Martinsen og Lipskys begrep omfavner mye av spenningen og autonomien i hvordan diabetessykepleierne definerer og tilrettelegger retningslinjer og lovverket i møte med pasienter. I slike møter med mennesker er det mer en instruks og regler som styrer. Nasjonale føringer og vedtekter preger helsevesenet og det vil ikke være mulig å lage retningslinjer som favner alle situasjoner når mennesket står i sentrum. Da må skjønn og individuelle

tilpasninger få styre mer enn kliniske verktøy. Evaluering av forsøk med primærhelseteam har gjennom tre statusrapporter vist mye av samme kompleksiteten og utfordringer rundt hierarkiske rollefordeling og at endringsfokus krever tid. Pilotprosjektet har prøvd ut ulike alternative finansieringsordninger for ulik tilnærming for en fremtidig implementer av primærhelseteam i primærhelsetjenesten. Prosjektet er utvidet og forventet videre evaluert (Regjeringen, 2020). I kjølvann av pilot prosjektet har det kommet flere artikler med ulike anbefalinger og vinklinger rundt sykepleierens rolle i primærhelsetjenesten. Sivertsen (2019) beskriver at flere fastleger er skeptiske til en styrking av sykepleierrollen skal prioriteres fremfor friske midler til fastlegeordningen. Dette viser hvor vanskelig og komplekst fastgrodde hierarkiske strukturer er. Fastlegene er redde for at sykepleierne skal overta oppgaver som fører til merarbeid til legene Sivertsen, 2019).

Funnene belyser at flere sykepleiere opplever ensomhet og lite samarbeid med legene. De savnet flere kollegaer og noen å diskutere faglig med. Legenes dårlige tid og manglende interesse for diabetesfaget ble beskrevet av flere sykepleiere nettopp med fortellinger som «det er ikke så mange leger som er interessert i faget».

Dette belyser Libskys poeng om at bakkerbyråkrater som i dette tilfelle fastlegen: «They attempt to succeed with some clients» (Lipsky 2010 s. 107). I felleskap til Libskys teori viser flere studier at fastleger får stadig ansvar for flere pasientgrupper etter samhandlingsreformen (Sivertsen, 2019, Gaski & Abelsen, 2020). Diabetespasienter og livsstilsendring blir sett på som tidskrevende og en stor gruppe pasienter som krever involvering og engasjement overfor pasienten, ifølge Sørensen et. al (2020). Bakkebyråkrater har ifølge Lipsky utilstrekkelig med ressurser, og må forholde seg til tvetydige og tidvis motstridene mål. Disse yrkesgruppene blir styrt av føringer og oppgaver de er satt til å utføre, samtidig som de skal dokumentere og skriftlig gjøre arbeidet som igjen påvirker tid til rådighet (Lipsky, 2010

Sykepleierne belyser at de hadde små stillinger, men allikevel mye ansvar knyttet til kompetansen som diabetessykepleier. Selv med liten prosent kom det frem at de hadde struktur og oversikt ved innkalling av pasienter. Dette støttes av artikkelen til Sørensen et al. (2020), hvor han har sett på legenes opplevelse at å jobbe rundt multifaglig diabetesomsorg. Fastlegenes erfaringer var at det var mer struktur og kontinuitet etter oppstart av tverrfaglig samarbeid. Videre belyste Sørensen at det var et skille hvor leger var opptatte av

biomedisinske aspekter, var sykepleierne opptatt av å lytte til pasientene i motsetning til legenes manglende tid (Sørensen et al., 2020).

Fastlegenes mangel på tid kan ifølge Lipsky være utfordrende og handle om at hurtige beslutninger må tas på bakgrunn av arbeidsmengden hvor de samtidig kan mangle tilstrekkelig med informasjon for å kunne ta gode faglige avgjørelser (Lipsky 2010). I flere tiår har nasjonale føringer og reformer kommet med anbefalinger og visjoner som er spisset mot primærhelsetjenesten. Flere studier som blant annet Haret et al. (2021) viser at linjene er flytende mellom hva myndighetenes anbefalinger og hva som er gjennomførbart og kart og kompass stemmer ikke. Selv om legene ser behovet for livsstilsendring som viktig og nødvendig, er det tidkrevende. Diabetessykepleierne i studien fremhevet frihet og tid som positivt med stillingene og følte autonomi og kunne styre dagene selv. Gode tilbakemeldinger fra pasienter og fastlegen ble motivasjon og en bekreftelse på at jobben var viktig.

Frustrasjonen som sykepleierne beskriver handler om å være i krysspress mellom hva profesjonenes ønsker og legekontorets forventninger og begrensninger (Lipsky 2010). Historien om sykepleieren i hjemmetjenesten forteller om forventningene fra kollegaer i hjemmetjenesten, hvor de tar kontakt med henne utenom arbeidstid og ønsket mer av hennes tjenester. Dette kan føre til et etisk dilemma da det ikke er avsatt tid eller ressurser til å følge opp diabetespasienter i hjemmetjenesten. På den andre siden skaper kompetansen diabetessykepleier har en trygghet for kollegaer i hjemmetjenesten, og støttes av rapporten fra Redergard hvor kunnskap skaper trygghet og trivsel (Redegard et al., 2017).

Stillingen som diabetessykepleier viste seg å være lite ledelsesforankret. Dette betyr at det ikke var definert hvem av legene som var sykepleiernes leder, noe som førte til at sykepleierne opplevde å jobbe mye alene. Almås et.al belyser flere sider ved tverrfaglig samarbeid hvor mye kan handle om profesjonskløften. Ved å ikke vise interesse og det å se hverandre i hverdagen skaper avstand (Almås et al., 2018). Dette opplevdes helt klart som en belastning. Ingen av sykepleierne hadde en overordnet leder som de kunne evaluere arbeidet med og var «livredde» for å gå ut over eget mandat. Ved mangel på ledelse ble de organisatoriske forhold flytende og udefinert. Resultatet ble til lite gjensidig samhandling med legene i hverdagene. Ifølge Orvik vil et asymmetrisk maktforhold svekke samarbeidet og begrense kvaliteten både på brukeromsorgen og effektiviteten i arbeidet (Almås et al., 2018). Dette var en klar svakhet ved organiseringen, siden leger og sykepleiere jo er avhengige av hverandre i pasientbehandlingen. Manglende samarbeid og tid til hverandre førte også til at de

naturlige møtepunkt rundt pasientene var mangelfull. Konsultasjoner ble satt opp uten at dette var koordinert. Når samarbeidet mellom lege og sykepleierne sviktet ble konsekvenser i ytterste form at pasientene ble dårligere behandlet i form av doble kontroller, eller at lege/sykepleier la opp forskjellige behandlingsalternativer til pasienten. Ifølge Lipsky vil lite ressurser og mange brukere vanskeliggjøre arbeidet på en tilfredsstillende måte (Lipsky 2010). Det er nettopp dette som synes å bli beskrevet her.

Fraværet av ressurser og tid bidro også til distanse i det profesjonelle samarbeidet og at sykepleierne opplevde at legene ikke alltid tok det nødvendige ansvaret for pasientoppfølgingen. Det dårlige samarbeid med legen i en hektisk hverdag ga verken tid eller rom for diskusjoner. Samtidig erfarte sykepleierne at de var avhengige av legens vurderinger når det kommer til medisinske vurderinger. Det kunne være krevende å sette seg inn i alt som fantes av alternative medisiner og ikke alltid «oppnå» de mål som retningslinjene anbefaler. Uttalelser som «jeg fikk aldri en følelse av at vi jobbet i team» ble bekreftet av flere sykepleiere. Ifølge Lipsky (2010) jobber mange av bakkebyråkratiemne alene, under press og under forhold som oppleves som fortvilende. Under slike forhold skal vanskelige avgjørelser tas, og gjerne i møte med fortvilte borgere, eller som her: behandlingstrengende pasienter. I denne studien er det sykepleiernes erfaringer som er i fokus. Den samme fortvilelsens som de representerer ville kanskje blitt tydelig også hos legene, om de blir spurt.

Opplevelsene av lite støtte, faglig samarbeid, men også på mange måter *manglende anerkjennelse* fra legene, var stort sett det samme om det var et lite privat legekontor eller et stort kommunalt. Jeg tolker det dit hen at størrelsen på legekantoret ikke hadde så mye å si for om sykepleierne opplevde det faglige samarbeidet som godt eller ikke.

Senere vil jeg vise hvordan det relasjonelle faglige fellesskapet, uavhengig størrelse på kontoret hadde betydning.

Også dobbeltrollene hvor sykepleier havnet i rollekonflikt ved å måtte omprioriteringer administrative oppgaver som viktigere enn oppfølging av pasientene og i ytterste konsekvens gå utover diabetesomsorgen for pasientene. Sykepleieren opplevde at pasienten var dårlig regulert da hun var tilbake i stillingen som diabetessykepleier. Sykepleieren sin situasjon gjorde at hun ikke fikk utøve den sykepleie og oppfølging av pasienter som hun ønsket og opplevde å møte pasienter som droppet ut av den vanlige oppfølgingen. Diabetessykepleieren syntes det var vanskelig å komme i «skvis» når dobbeltrolle og omorganiseringen skapte usikkerhet.

Å være skvis handlet også om å ikke ha fast kontor plass og faste tidspunkt for konsultasjoner. Å ikke ha en plass som man vet står klar til pasienter og å måtte tilpasse og rullere på ledige kontor. En av sykepleierne som hadde fått tilpasset eget kontor mente at man måtte kreve sin plass og være tydelig på hva man kunne avhjelpe fastelene med. Det virker for meg som at sykepleierne har tilpasset seg omgivelsene og legene de jobber sammen med utfra at det er en selvfølge at legene skal ha egne kontor, men ikke sykepleierne. Å vær i skvis handler også om å ikke få gjort de oppgavene man er satt til. Ifølge Lipsky (2010) kan endringer være en grobunn for usikkerhet og motarbeidelse. Som at et par av sykepleierne som opplevde å ikke få pasienter henvist fra legene. Dette gjaldt gjerne pasienter som var dårlig regulert og som kun var hos fastlegen. Når enkelte av sykepleierne sier at legene ikke setter opp pasienter til dem, kan det bety at legen anser at pasienten ikke trenger videre oppfølging, eller at han ikke har tid og mener det er nok at han får komme kun til legen. Sykepleierne opplevde at fastlegene hadde for mye ansvar og for dårlig tid. Ett forhold som forklarer dette er at fastlegen har alle pasientgrupper, ikke bare diabetespasienter. Det er lett å se at fokuset kan bli begrenset når det kommer til en spesiell pasientgruppe. undret seg over hvorfor hun ikke fikk henvist pasienten, på bakgrunn av at hun kjente pasienten og visste at den dårlig regulert.

6.1.2 Team – en forutsetning for god diabetesomsorg

Flere studier poengterer at vi trenger team og tverrfaglighet for å forbedre oppfølging av diabetespasienter i diabetesomsorgen (Graue et al., 2019, Redegard et. al., 2019, Sørensen et al.,2020, Jenssen et al., 2021). Som tidligere beskrevet handler diabetesykepleierens erfaringer om stor grad av frihet og skjønnsutøvelse i møte med diabetespasientene. Friheten kan betraktes som dobbel, hvor frihet på den ene siden handler om «tvungen» frihet, hvor erfaringene til sykepleieren viser at de står alene i vanskelige situasjoner og avgjørelser, og hvor de savner et større fellesskap. På den andre siden er deres frihet til å utforme sin praksis og sine dager i diabetesomsorgen også beskrevet som en ønsket og en reell frihet, hvor selvstendighet og skjønnsmessige vurderinger er viktige forutsetninger for deres praksis. Dette handler om en frihet forankret i opplevelse av trygghet og fellesskap på flere plan.

Flere av sykepleiernes fortellinger viser at følelse av fellesskap på legekontoret er viktig for at organiseringen av diabetesomsorgen skal bli til et godt tilbud for pasienter, men også for faglig vekst for sykepleiere og leger. Fellesskap og nærheten til fastlegene som viktig. Ved at fastlegen viser interesse for faget og stiller seg til disposisjon for spørsmål og samarbeid,

skapes det en trygghet hvor sykepleier kan søkt råd og støtte ved usikkerhet. Sykepleierne opplevde også stor grad av autonomi, hvor de kan bruke skjønn og hvor praksisen utvikles i møte med pasientenes behov. Det og bygge opp et tillitsforhold hvor kollegaer kjenner hverandre har betydning for samarbeidet rundt pasientene. Å ha et godt samarbeid og et felles mål hvor relasjon, likeverdighet og omsorg for hverandre var til stede i samarbeidet. Et felles mål: «å bedre diabetesomsorgen for pasientene» var viktig for det tverrfaglige samarbeidet og faglig utviklingen på legekantoret. Betydningen av «felles mål» belyses av Willumsen & Ødegård (2016) som skriver at tverrfaglig samarbeid vil fungere der de ansatte tilstreber et felles mål. Tverrfaglig samarbeid er en organisasjonsform som betegnes som den mest effektive og fleksible i organisasjoner, så fremst det fungerer (Willumsen & Ødegård, 2016). Erfaringer blir at sykepleiere som føler seg inkludert og verdsatt hvor tverrfaglige samarbeidet fungerer vil ha stor verdi for diabetesomsorgen. Samarbeid hvor det jobbes mot samme mål, å få pasienten godt regulert for å unngå senkomplikasjoner av sin diabetes. Ved å vise gjensidig respekt for hverandre på tvers av profesjon. Evje et al (2019) viser at livsstilsendring er en oppgave sykepleier kan ha gjennom veiledning og opplæring av pasienter (Evje et al, 2019). Diabetessykepleierne har denne oppgaven naturlig integrert fra videreutdannelsen og noe som praktiseres ved konsultasjoner.

Vi ser her at fellesskap og omsorg for hverandre også fører til at sykepleier i møte med pasienter erfarer styrke og frihet. Frihet som handler om å ikke stå alene, men heller om en faglig forankring, fellesskap og om faglig trygghet og selvstendighet.

Jobben som diabetessykepleier er på mange måter beskrevet som selvstendig hvor sykepleierens vurdering og faglige trygghet vil være medvirkende til om pasienten mestrer å leve med diabetes. Å unngå senkomplikasjoner er i dette bildet viktig. Det er avgjørende med faglig skjønn for å vurdere og sikre at kvaliteten på behandlingen har en viss standard (Libsky, 2010). Sykepleierens fortelling handler mye om frihet og selvstendighet, som vokser frem som følge av fellesskap, forankring og trygghet. Selvstendighet og skjønnutøvelse forankret i et relasjonelt plan beskrives av flere sykepleiere. Under slike betingelser tar sykepleierne egne avgjørelser og viser at de er faglig sterke, samtidig som de får trygghet gjennom legens vurderinger når det kommer til det medisinske.

Det kan slik virke som et godt samarbeid mellom leger og diabetessykepleiere er viktig og avgjørende for at diabetesomsorgen kommer trygt på plass. Når samarbeidet fungerte mellom

lege og sykepleier ble også avstanden til pasienten blir mindre fordi lege og sykepleier kommuniserte rundt felles pasienter. Avtaler kan samordnes, behandlingen kan planlegges bedre og «treffe» pasienten på en tryggere måte. Det relasjonelle mellom legen og sykepleieren blir slik broen frem til pasientene. Som ett tydelig eksempel på det relasjonelles betydning for oppfølging av pasienten, var det faktum at to av informantene var gift med en av fastlegene på legekantoret. Uttrykk som «man har en strak vei inn til legen» viser at å ha tilhørighet og kjenne legen skaper forutsetninger for et godt samarbeid.

Et annet nivå i fellesskap og omsorg som en forutsetning for god diabetesomsorg, handler om det direkte møtet med pasienten, hvor samarbeidet på legekantoret blir en viktig forutsetning for at pasienten blir sett og vist omsorg. Mange av sykepleiernes erfaringer viser at når pasienten møtes respektfullt, ansikt til ansikt, og hvor tid settes av og pasienten ikke blir en kasteball mellom leger og sykepleiere fører dette til bedre regulering av diabetes. Pasienten kan få god informasjon, pasienten kan komme med sine spørsmål og behov, og pasienten kan møtes med en trygg medisinsk oppfølging. Oppfølging av diabetespasienter tar ofte lang tid og er en prosess som krever både tid og hvor pasienten selv lærer å leve med diabetesen for å unngå senkomplikasjoner. Alle diabetessykepleierne i studien beskriver jobben som selvstendig hvor de har bedre tid til å snakke med pasientene nå etter at de fikk etablert stillingene. Flere beskrev konsultasjonene som romslig, hvor de hadde tid til pasienten. Flere beskriver også at de har tid og rom til å følge opp pasientene dersom det oppstår ting utenom avtalt time, på grunn av at arbeidsgiver er fleksibel.

Å regulere diabetes handler mye om hvor vidt pasienten selv kan ta tak i de medisinske råd om medisiner, regulering og livsstilsendringer som er viktig for bedring av sykdommen. Dette er en krevende prosess for mange pasienter, hvor støtte og motivering om livsstilsendring gjerne er nødvendig, noe som støttes av studien til Swiatoniowska et al (2019). Ved diabetesopplæring og utdanning av diabetespasienten er det viktig for å endre pasientens adferd, øke motivasjonen for at de skal klare å følge terapeutiske anbefalinger, livskvalitet og etablere et partnerskap i behandlingsprosessen. Det vil forberede egenomsorg og øke bevissthet rundt risikofaktorer og psykologisk (Swiatoniowska et al., 2019) Christophersen skriver at motiverte pasienter tar selv ansvar, oppsøker kunnskap og behandler seg selv (Christophersen, 2004).

Endring av vaner for bedre livsstil har veldokumentert effekt i diabetesomsorg. Klette et. al (2014) beskriver at helseproblemer hos mennesker er et økende fenomen hvor det kan være

nødvendig å endre levevaner og drive helsefremmende sykepleie. Sykepleiere har spesialisert kompetanse til pleie og omsorg til syke mennesker. Sykepleierens grunnholdning om omsorg viser slik til en viktig forutsetning og en verdi for å kunne hjelpe andre til å endre sitt liv. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere en sentral sykepleiefunksjon. Helsefremmende tiltak handler for mange pasientgrupper om medmenneskelig støtte og omsorg som bidrar til mestring av egen helse, slik at pasienten unngår forverring av sykdom – og/eller reduserer helseproblemer.

Ifølge Klette et. Al (2014) har yrkesrollen endret seg de siste årene, fra rådgivende og undervisende funksjon til mer veiledende. Det er viktig å anerkjenne pasientens kompetanse og gi pasienten en aktiv rolle. For å anerkjenne er det viktig med reelle møter hvor relasjon og omsorg trer frem. Videre skriver Klette et. Al (2014) at sykepleiere har kunnskap både på det humanistiske, naturvitenskapelige og pedagogiske felt. Diabetessykepleierne har slik en god kompetanse og forutsetning til å veilede diabetespasienter. Endring tar tid og derfor blir det viktig å bruke tid på pasientene (Klette et al, 2014).

Endring av vaner kan være en kontinuerlig prosess som krever tid og hyppig oppfølging. Oppfølging av diabetespasienter fokuserer på at pasienten selv lærer å leve med diabetes. Dette krever tid og rom i møte med pasienter. Vi ser at når konsultasjoner ble doble satt opp, og pasienten «faller ut» er det også eksempler på at pasienten ble sykere. Kontinuitet i oppfølgingen, «det sanselige møtet» (Martinsen 1989) viser seg derfor å være svært viktig i diabetesomsorgen. Samtidig viser sykepleierne at de følger opp diabetespasientene ved jevnlig kontroller og får tilbakemeldinger fra pasienter om at de er fornøyde og viser glede ved egen fremgang. Studiet til Houweling et al (2011) og Zotterman et al. (2016) belyser nettopp hvor viktig det er å bli møtt med respekt for å føle seg inkludert og verdsatt. Pasientene i studien til Houweling et al. (2011) viste mer tilfredshet ved å bli fulgt opp av sykepleier kontra legen. Noe som belyser hvor at rollen som diabetessykepleier i oppfølging av diabetespasienter og tiden som legges ned til dette arbeidet er av stor betydning.

Egede & Hernandez-Terjada (2010) beskrev at det å få diabetes ikke er en begivenhet, men en prosess. Hun har utviklet teorien «Integration of diabetes». Selv om Egede et al. skriver om type 1 diabetes, er det mange likhetstrekk i oppfølgingen av type 2 diabetes. De skriver videre at pasientene var kritiske over regler anbefalt av profesjonelle og hadde ved egen hjelp gjennomgått tre integreringsstadier. Første stadiet var noe motstrebende holdning – «to have diabetes» hadde de passert et overgangsstadium – «the turning point» - hvor de kritiske

revurderte egen håndtering av diabetes. Fra det stadiet fortsatte de i et langt mer progressivt stadium – «the science of one», hvor de tok eierskap over deres diabetes og aktivt skapte, samt betjente en viten om seg selv og egne muligheter som gjorde de i stand til selv å oppnå god glykemisk kontroll. Denne viten av konkret og ikke minst personlig art avviket ofte vesentlig fra profesjonelles generelle viten. Samtidig viser Hernandez studie hvor tidskrevende prosess veiledning og livsstilsendring overfor syke pasienter kan være (Egede & Hernandez-Terjada, 2010).

Ifølge Martinsen er omsorg og forståelsen for et menneskes situasjon en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Omsorg i Martinsens perspektiv forstås positivt, og innebærer frihet og selvstendighet, hvor ansvar får mening også gjennom avhengighetsrelasjoner (Martinsen, 1989). Jeg tolker Martinsen dit hen at for diabetespasienter vil det være positivt med et «avhengighetsforhold» til fagpersoner i helsetjenesten, som her i denne studien «sykepleieren». Dette er en relasjon som må på plass, om hensynet til pasienten skal komme først. Sykepleierne er opptatt av å yte omsorg i kraft av det å være sykepleier, noe som er helt i tråd med Kari Martinsens omsorgsteori. Martinsen beskriver også betydningen av begrepet «sensing» som er å forstå gjennom praktiske ferdigheter og sanselig nærværelse til pasientene (Martinsen, 1989). Vi ser også i sykepleierens fortellinger betydningen nettopp av det sanselige møtet med pasientene. Å se og møtes – ansikt til ansikt.

«Synet» er ifølge Martinsens (1989) den suverene sans som gjennom sin avstandsskapende karakter gir oversikt og helhet (Kirkevold, 2012). Martinsen viser her hvor viktig det er med et blikk fylt av faglig kompetanse hvor den kliniske praksis handler om et blikk rettet mot pasienten. Ved å se - å møte – å sanse skapes et helhetsbilde og oversikt av situasjonene hvor pasienten kan lære å hjelpe seg selv. (Kirkevold, 2012).

Omsorg for Martinsen vil si at sykepleierens mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkret handling, faglige vurdering og hva som er til pasientens beste (Kirkevold, 2012). Videre vektlegger Martinsen sterkt erfaringsbaser kunnskap og intuisjon. Dette handler om autonomi og om skjønn. Skjønn, praksis, trygghet og omsorg henger sammen. Omsorg i et yrke kan læres gjennom praktisk erfaring i konkrete situasjoner, og gjerne under veiledning av en «erfaren mester» (Martinsen, 1989). Kunnskapen er ofte uartikulert eller taus (Martinsen, 1989). Dette betyr at kunnskapen må læres i en praksis, den må erfares, og den må være synlig. Praksisen for sykepleierne som skal sørge for pasientene skjer i møte med pasienten, og i et faglig samarbeid med leger og annet personell. Studien til Swiatoniowska (2019) viser

hvor viktigheten denne praksisen er hos diabetessykepleier i pasientbehandlingen. Forskning viser at det har effekt med jevnlig oppfølging og kontroller.

Vi ser her at alle sykepleierne får en ny og etablert praksis, gjennom nye kunnskaper, og gjennom redskaper som Noklus, som blir sjekkpunkter for deres nye praksis. Sykepleierne var styrt av måloppnåelse gjennom føringer, men som Bente fortalte, fulgte hun ekstra godt opp pasienter med diabetes. Både på bakgrunn av ny kompetanse, gjennom NOKLUS og gjennom forventninger fra kollegaer som spurte henne til råds. Hun følte et ansvar for pasienter som bodde hjemme og fulgte ekstra med dersom verdiene ikke var slik de skulle. Selv i en stresset hverdag tenkte hun på pasienten og bidro med sin kompetanse.

7.0 Avslutning og videre diskusjon

Å endre vaner for å mestre sykdom blir beskrevet som tidkrevende og en kontinuerlig prosess. Funnene belyser at sykepleierne har tid, og det største skillet mellom fastlegene og sykepleierens tilnærming i møte med pasientene. Sykepleierne beskriver at tid til pasienten er en viktig faktor for å oppnå gode resultater. Ved tilpasset opplæring rundt kost, vekt, og livsstilsendring beskrev sykepleierne at pasientene ble bedre regulert i blodsukkerverdier. Faglig kompetanse er en essensiell faktor for å lykkes med dette arbeidet. Vi trenger både det medisinske og det humanistiske aspektet for en helhetlig pasientbehandling og diabetesomsorg. Ved å etablere felles arenaer på tvers av profesjoner vil det bidra til mer effektiv behandling for pasienten.

Kompetanse på fagfeltet har betydning for møter med pasienter. Ved å undersøke sykepleierens praksis har vi sett at diabetessykepleiers rolle har betydning i oppfølging av diabetespasienten. Sykepleierne har både kompetanse og grunnverdier som er preget av humanistisk tradisjon, der møte med pasienter krever pedagogiske ferdigheter, omsorg og engasjement.

For meg som forsker var det viktig å gi sykepleierne en stemme ved å løfte opp deres perspektiv og deres unike beskrivelser fra praksis. Vi trenger å se diabetesomsorgen fra flere vinklinger, ikke bare biomedisinsk. Studien viser at tverrfaglig samarbeid ikke fungerer optimalt. I de tilfeller hvor sykepleier har en relasjon til fastlegen fungerer det lettere og tilgang til fastlegens kompetanse beskrives som enklere. For å få til et godt samarbeid både faglig og rundt pasienten trengs det en tydeligere ledelsesforankring og strukturering for å få til en bedre organisering av diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten. Det ble videre belyst at sykepleierne selv kunne bli tydeligere til å profilere eget tjenestetilbud og må ta mer ansvar for å få til mer tverrfaglighet. Ved å bli tydeligere på hva som fungerer og hva som ikke fungerer vil veien bli kortere kommunikasjonsmessig. Det er sykepleierne selv som kjenner hvor skoen trykker. Studien har kun sett det fra diabetessykepleierens beskrivelser, det er mulig at fastlegene ikke er klar over hvordan diabetessykepleierne opplever samarbeidet.

Videre belyser studien at det som fungerer veldig bra er møtene med pasienter, og de tilbakemeldinger de fikk både fra fastleger og pasienter.

Pasientkontakt og for å få til gode resultater har vist seg å være avhengig av tillit og tid. Tid er noe sykepleierne har rikelig av, og som tydelig frem i studien. Det ble også beskrevet at

sykepleierne opplevde autonomi og frihet til å styre egen hverdag, noe som ble fremhevet som viktig. Sykepleierne kom med konkrete tiltak til en bedre diabetesomsorg, der takstordning, forebyggende arbeid, bedre organisering og tverrfaglig samarbeid var nevnt.

Videre diskusjon og implikasjon for praksis:

Ved å studiere praksisen til diabetessykepleier har det gitt innblikk i oppbyggingen av dagens tjenestetilbud i diabetesomsorgen.

For å endre organisasjonsstruktur må det fra nasjonalt nivå tilbys finansieringsordninger som gjør det mulig å ansette fagpersoner som er spesialister på sine områder. For å få til det må det sees på dagens takstordning for at stillingene som diabetessykepleier blir finansiert og belønnet.

Det er ingen tvil om at Noklus er et viktig register som kan si noe om kvaliteten på behandling av diabetespasienter, men svakheter med dagens register er at det finnes lite dokumentasjon om hvordan pasientene opplever behandlingen, livet med diabetes og ikke minst om diabetesomsorgen gir den støtten som behøves. For å undersøke pasientens erfaringer og opplevelser og deres tanker om diabetesomsorgen vil vi få enda et lag med kunnskap på veien, som vil heve kvaliteten ytterligere. Dette vil føye seg rett inn i anbefalingene til den nye Nasjonal helseplan (2020 – 2023) som beskriver pasientens helsetjeneste og hvor vil vi? Det lages strategi og planer med tanke på en bærekraftig fremtid for pasienten. Pasienten skal være aktiv deltaker i helsehjelpen de mottar. Både pårørende og pasient skal bli sett og hørt. Fremtiden skal by på mer digitalisering. Sårbare pasienter opplever at tjenesten opptrer i team rundt dem (Meld. St.7 (2020-2023 s.12)).

Et annet moment som kan være nyttig og undersøker og fått mer forskning på er bruk av sensor til de med type 2 diabetes som bruker insulin. Sensor er en kontinuerlig vevsglukosemåler eller CGM (continuous glucose monitoring) hvor pasientene ikke trenger å stikke seg i fingeren med tradisjonell blodsuktermåler (Diabetesforbundet, 2021) Dersom pasienten har svingende blodsukker som er vanskelig å regulere, kan det søkes om sensor i spesialisthelsetjenesten med dagens regler (diabetesforbundet, 2021).

Litteraturliste

- Almås S. H, Vasset F, Ødegård A, (2018) *Tverrprofesjonell samarbeidslæring*. Bergen. Fagbokforlaget
- Birkeland, Kåre I, (2014) *hvordan er kvaliteten på diabetesomsorgen?* Hentet fra tidsskriftet den norske legeforening, doi: 10.4045/tidsskr.13.1435.no: Oversikt.
<https://tidsskriftet.no/2014/01/leder/hvordan-er-kvaliteten-pa-diabetesomsorgen>
- Christophersen, Y. (2007). *Diabetes for livet aldri fred å få*. AIT Trykk Otta AS
- Diabetes Care. (2019) *About diabetes care*: Oversikt.
<https://care.diabetesjournals.org/content/about-diabetes-care>
- Diabetesforbundet (2020, 30. November). *Målenhet for blodsukker*: Oversikt.
<https://www.diabetes.no/felles/leksikon/m/mmoll/>
- Diabetesforbundet (2021, 3.November). *Insulinper og sensor*: Oversikt. [Insulinpumper og sensorer | Diabetesforbundet](#)
- Drageset, S., Ellingsen, S. (2010). *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*. Sykepleien forskning. DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Egede, L. E, Hernandez-Tejada, M. A. (2010) *Type 1 diabetes: motivational enhancement therapy delivered with CBT by nurse therapists to people with type 1 diabetes leads to lowering of HbA1C values*. Doi: 10.1136/ebmh.14.1.19
- Evje, A., Skog, I., (2019). *Hvilke oppgaver kan sykepleier ha I primærhelseteam?* DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75041>
- Gadamer, H.G. (2010) *Sannhet og metode. Grunntrekk I en filosofisk hermeneutikk*. Pax forlag.
- Gaski, M., Abelsen, B (2020). *Å lede eksperter inn i nye arbeidsmåter*, hentet fra Tidsskrift for velferdsforskning, Doi: <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-04-05>

- Graue, M., Kolltveit, BCH., Orvik, E, Fløde, M., Haltbakk, J. (2019). *The role of diabetes nurses in primary health care – factors that contribute to success or failure: oversikt.* <https://www.fend.org/sites/fend.org/files/prog-book-2019.pdf>
- Hare, L., Hetlevik, A, Yogarajan, R, Kjome, R.L.S, Sølvi, U.Ø, (2021). *Type 2-diabetes i fastlegepraksis – en fokusgruppestudie. Tidsskriftet den norske legeforening.* doi:10.4045/tidsskr.20.0623: Oversikt. <https://tidsskriftet.no/2021/04/originalartikkel/type-2-diabetes-i-fastlegepraksis-en-fokusgruppestudie>
- Helsedirektoratet, (2016, 14. September). *Diabetes, nasjonale faglig retningslinje for diabetes.* Oversikt <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Hilsted, J., Borch-Johansen, K. Christiansen, J.S. (2011) *Diabetes – sykdom, behandling og organisation, Munksgaard Danmark*
- Houweling, S. T, Kleefstra N, Van Hateren K. J.J, Groenier, K. H, De Jong, M, Bilo, H, J.G – *Can Diabetes Management Be Safely Transferred to Practice Nurses in Primary Care Setting? . National Library of Medicine, 2011, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03562.x>*
- Ingstad, K. 2019. *Organisasjon og ledelse – i helsefag og sykepleie, Gyldendal*
- Jenssen, T.G, Kristensen B, Uglens I, Sverresdatter Larsen, Allgot B (2021), *Forekomsten av diabetes øker i Norge. Vi mener primærhelseteam med lege, diabetessykepleier og helsesekretær egner seg til å møte denne utfordringen i allmennpraksis. Tidsskriftet den Norske legeforening. doi: 10.4045/tidsskr.20.0999*
- Johannessen, A, Tuft, P.A., Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo, Abstrakt forlag*
- Kirkevold, M. 2012. *Sykepleierteorier – analyse og evaluering, Gyldendal akademiske*
- Klette G.S, Kasen A, Bondas T – *Egenomsorg – Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. Sykepleien, 2014, DOI: <http://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0013>*
- Knutstad, Unni. 20013. *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleierboken 3, (2 utgave), Cappelen Damm Akademisk*
- Kvale, S og Brinkmann, S 2015. *Det kvalitative forskningsintervju, Gyldendal akademiske*
- Lipsky M, (2010). *Street-level bureaucracy, dilemmas of the individual in public services. New York, Russel Saga Foundation.*

- Malterud, K. (2011). *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4 utg.)* Universitetsforlaget.
- Martinsen K, (2005) *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. Oslo. Akribe forlag
- Martinsen K, (1989) *Omsorg sykepleie og medisin*. Otta. Engers boktrykkeri
- Martinsen, K. (2021) *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget
- Meld. St. 7 (2020 – 2023). *Nasjonal helse – og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- Meld. St. 26 (2014 -2015). *Fremtidens primærhelsemelding – nærhet og helhet*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Mouland, Gunnar, (2014) diabetes i en fastlegepraksis – ble behandlingsmålene nådd? *Tidsskriftet den Norske legeforening*, Utgave 2. 134: 168-72. doi: 10.4045/tidsskr.13.0375
- Noklus. (1992) *Om Noklus*. Oversikt: <https://www.noklus.no/om.noklus/>
- Noklus. (2018) *Årsrapport*. Oversikt: <https://www.noklus.no/media/ecbc0f10/anonym-tilbakemeldingsrapport-2018.pdf>
- NSF's Faggruppe for diabetessykepleiere (2006, 1 December). *Funksjonsbeskrivelse for diabetessykepleiere*. https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/funksjonsbeskrivelse-for-diabetessykepleiere.pdf
- Redergård, A, G., Luz, K, Fougner, K, J., Kulseng, B, E., (2014-2016). *Evalueringsrapport kompetansehevingsprosjektet 'STYRK-DIA' - Bedre diabetesbehandling ved helse – og velferdssentrene i Helse Midt-Norge`*. Oversikt. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2436636>

- Regjeringen. (2021, 28.Januar). *Evaluering av forsøk med primærhelseteam*: oversikt. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/evaluering-av-forsok-med-primarhelseteam-3-rapport/id2830492/>
- Ruiz,P.L.D,Stene,L.C.,Bakken,I.J.,Håberg,S.E.,Birkeland,K.I.,Gulseth,H.L, (2018), *Decreasing incidence of pharmacologically and non-pharmacologically treated type2 diabetes in Norway:a nationwide study*: <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4681-4> , Oversikt. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-018-4681-4>
- Slåtsve, K.B.,Lappegård, K.T.,Claudi, T.,Jenum, A.K.,Larsen,M.,Cooper,J.G.,Sandberg,S.,Berg,T.J. (2020), *Diabetes i Norge – ulike metoder gir ulike prevalensestimater*: hentet fra Scandinavian Journal of Public Health, 1–11: [The total prevalence of diagnosed diabetes and the quality of diabetes care for the adult population in Salten, Norway \(sagepub.com\)](https://doi.org/10.1177/1403494820951004) DOI: 10.1177/1403494820951004
- Skafjeld A, Graue M. (2011) *Diabetes – forebygging oppfølging og behandling*. Oslo. Akribes
- Sivertsen, Ø.C.(2019) *Fremprovosert profesjonskamp*, *Tidsskriftet den Norske legeforening*: Oversikt. Doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0606>
- Sørensen, M, Groven, K.S., Gjelsvik, B, Almendingen, K, Garnweidner-H, L, (2019), *The roles of healthcare professionals in diabetes care: a qualitative study in Norwegian general practice*. Scandinavian Journal of Primary Health Care: Oversikt. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1714145>
- Swiatoniowska N, Sarzyrska K, Szymarska-Chabowska A, Jankowska-Polariska B, (2019). (Volum 151). 237-246, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.04.004>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2011). *Sykeplejeteoretikere – bidrag og betydning for moderne sygepleje*. København: Munksgaard Danmark
- Tveiten,S.(2016). *Helsepedagogikk, pasient- og pårørendeopplæring*, Bergen: fagforlaget
- Vaaler S, Møinichen T. (2014) *Diabeteshåndboken* (4 utg). Oslo. Gyldendal Norske Forlag
- Vifladt E.H, Hopen L. (2013) *Pasientopplæring*. Oslo. Kolofon Forlag

Willumsen, E., Ødegård, A. (2014) *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Universitetsforlaget

Willumsen, E., Ødegård, A. (2016) *Tverrprofesjonelt samarbeid*. (2.utgave). Universitetsforlaget

World Health Organization (2021, 13. april). *Diabetes: Oversikt*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes#:~:text=The%20WHO%20%22Global%20report%20on%20diabetes%22%20provides%20an,individuals%2C%20the%20civil%20society%20and%20the%20private%20sector.>

World Health Organization (2021, 14. april). *New WHO Global Compact to speed up action to tackle diabetes: Oversikt*. <https://www.who.int/news/item/14-04-2021-new-who-global-compact-to-speed-up-action-to-tackle-diabetes>

Zotterman, A.N, Skär. L, Olsson. M, Söderberg, S, (2016) *Being in togetherness: meanings of encounters within primary healthcare setting for patients living with long-term illness*. Doi: <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1111/jocn.13333>.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til helse og omsorgsledere

Informasjon og forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Jeg Lisbeth Pedersen er masterstudent ved Nord universitet i Nordland avdeling Bodø og fakultetet for sykepleie og helsevitenskap (FSH). Til daglig jobber jeg som rådgiver/ regional diabetessykepleier for Helse Nord og arbeidssted Nordlandssykehuset Bodø. Min veileder er førsteamanuensis Jorunn Hov.

I løpet av 2018/19 skal jeg skrive masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å intervju diabetessykepleiere som arbeider i primærhelsetjenesten tilknyttet legekantor. Det kan være både kommunale og private legekantor.

Jeg ønsker å intervju diabetessykepleiere som til daglig jobber i primærhelsetjenesten. Fortellinger, opplysninger og annen informasjon som fremkommer under intervju vil bli anonymisert i masteroppgaven slik at ingen kan knytte utsagn til personer som har uttrykt seg. Egen samtykkeerklæring underskrives i forkant av intervju. Selve intervjuet vil vare rundt 1 time.

Tidspunkt for gjennomføring av intervju blir avtalt etter hvert, men et ønske er at man kan planlegge og gjennomføre flere intervjuer når man reiser ut.

Diabetessykepleieren som kan tenke seg å delta må jobbe (ha stillingsprosent) i primærhelsetjenesten tilknyttet legekantor (kommunalt eller fastleggekantor) i behandling av pasienter med diabetes.

Hensikten er å innhente data til arbeidet med min masteroppgave. Jeg håper den kan bidra til å belyse og utvikle diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten videre når arbeidet er ferdig. Intervjuene vil bli tatt opp digitalt og behandlet etter gjeldene forskrifter for behandling a personopplysninger.

Deltagelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten å gi noen begrunnelse for det.

Studien er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste og innlevering av masteroppgaven er beregnet til høsten 2018.

Dersom du kan tenke deg å delta i mitt prosjekt håper jeg du kan ta kontakt med meg. Ber også om at du leser gjennom vedlagte samtykkeerklæringen. Jeg vil gjennomgå den med deg og få din signatur når jeg kommer til intervju.

Ta kontakt med meg dersom du har noen spørsmål angående prosjektet.

Med vennlig hilsen

Masterstudent ved Nord universitet i Nordland

Lisbeth Pedersen

Rådgiver/ regionale diabetessykepleier

Lisbeth.pedersen@nlsh.no

Mobil: 91887160

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

«Hvilke erfaringer har diabetessykepleiere i sitt arbeid i primærhelsetjenesten?»

En undersøkelse med fokus på diabetessykepleiers erfaringer og opplevelser i primærhelsetjenesten.

Jeg har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker til å delta i masterprosjektet.

Hvis du ønsker å delta i studien underskriver du en samtykkeerklæring og sender den til meg i vedlagt frankert konvolutt. Hvis du føler behov for å kontakte meg før eller etter intervjuet, kan du treffe meg på mobil: 91887160 eller via mail: Lisbeth.pedersen@nlsh.no

Jeg deltar på frivillig basis og mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse

Sted Dato

Kontaktadresse.....

Telefonnummer.....

E-post

Signatur.....

Med vennlig hilsen

Masterstudent ved Nord universitet i Nordland

Lisbeth Pedersen

Rådgiver/ regionale diabetessykepleier

Lisbeth.pedersen@nlsh.no

Mobil: 91887160

Vedlegg 3 Velkommen til intervju

Velkommen til intervju

Intervjuet vil handle om erfaringer du som diabetessykepleier har i din jobb tilknyttet primærhelsetjenesten. Jeg vil stille spørsmål underveis i intervjuet. Jeg har laget spørsmål tilknyttet forskerspørsmålet:

«Hvilke erfaringer har diabetessykepleiere i sitt arbeid i primærhelsetjenesten?»

Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd som vil bli destruert i etterkant etter lydopptakene er skrevet ut som anonymisert tekst. Under selve intervjuet skal mobiltelefon være på lydløs. Det vil være en fordel at man snakker tydelig for å sikre et godt lydopptak.

Selve intervjuet vil være rundt 1 -15.5 time, da det vil være individuelle variasjoner hos deltagerne. Jeg vil ordne med te og kaffe underveis.

Dersom du er forhindret til å delta, ønsker jeg beskjed i god tid før et planlagt intervju. Begrunnelse i reisevei og logistikk med lokale til selve gjennomføring av intervjuet. Ved spørsmål er det bare å ta kontakt med meg.

Da ønsker jeg vel møtt og takker så mye for at dere ønsker å delta til intervju.

Med vennlig hilsen

Masterstudent ved Nord universitet i Nordland

Lisbeth Pedersen

Rådgiver/ regionale diabetessykepleier

Lisbeth.pedersen@nlsh.no

Mobil: 91887160

Vedlegg 4 – Noklus diabeteskjema

NOKLUS / Diabetesregisteret - Årskontrollskjema

Ola Normann

03.06.1946 (72 år)

[Skriv ut samtykke/pas_info](#)

1 Basis

Gitt samtykke til registeret	ja
Type diabetes	type 2
Diagnosen stilt (årstall)	2008
Diabetes-kurs	nei
Hayde	180
10 års risk for hjerte- karsykdom (%)	Middels (17%)
Farekort (evt. utløpsmåned)	nei

2 Årskontroll

Blodtrykk (mmHg)	14.02.2018	140/90
Vekt	14.02.2018	198
KMI		61,1
Puls på fotrygg eller bak med. malleol		?
Monofilamenttest - mulig nevropat		4/8
Egenkontroll av blodsukker		?
Hjelpetrengende pga hypoglykemi		?
Røykestatus		aldi daglig
Regelm. fysisk aktiv (dager pr. uke)		?
Siste øyeelege-us. eller øyefoto		10/10
Evt. siste kontroll hos indremedisiner		08/12

3 Arv

Biolog. foreldre/søsken/barn midtad	nei
Tidlig koronarsykdom foreldre/søsken	nei
Etnisk opprinnelse	europaisk

4 Behandling

Hent fra faste medisiner

Bare kost/mosjon	nei
Metformin	ja
Sulfonylurea	nei
Glitazon	nei
GLP-1 analog	nei
DPP4 - hemmer	nei
SGLT2 - hemmer	nei
Andre antidiabetika	nei
Insulin	ja
Insulinadministrasjon	sprøyte/penn
Albyl-E/ andre platehemmer	nei
Antikoagulasjonsbehandling	nei
Lipidsenkende	ja
ACE hemmer/ AII blokker	ja
Tot. antall ET medikamenter	1

5 Komplikasjoner

Koronar hjertesykdom	ja
- første tilfelle (årstall)	?
Abrieflimmer	nei
Hjerneslag (unntatt TIA)	nei
- første tilfelle (årstall)	
Diabetes retinopati	nei
- første laserbehandling (årstall)	
Nedsatt syn <0,3 (6/18) mikorr.	nei
Albuminuri eller nefropati	nei
Arteriell karkirurgi distalt for aorta	nei
Amputasjon (ikke traumatisk)	nei
- første tilfelle (årstall)	
Hatt diabetesår nedenfor ankler	aldi
Gjennomgått fedmekirurgi	ja

6 Individuelle behandlingsmål

7 Siste resultater

	14.02.2018	22.11.2017	13.03.2017	14.10.2015	17.04.2015	15.04
HbA1c <	7,0	8,2		8,7	9,0	
KoHDL-ratio <	3,5	KoH 3,9		1,8 (4/2,2)	2,1 (4,1/2)	
LDL <	2,5	2,0		2,3	2,4	
Triglyserider <	2,2	2,3		2,4	2,2	
Blodtrykk <	135/85	140/90	120/90			120/60
Vekt <	83	198	198	110	89	89
KMI	61,1		61,1	34,0	27,5	27,5
S-Kreatinin		100		77	78	
eGFR		64		86	85	
ACR				1,1	0,9	

[Instillinger](#) [Kopier tekstresultat](#)

Årets skjema (14/02) 89% utfyllt

Ferdig for år

Skjema sat endret: 14.02.2018

Support: 55979500 noklus@noklus.no

Hold musepeilen over teksten for å få hjelpetekst

Vedlegg 5: Intervjuguide

«Hvilke erfaringer har diabetessykepleiere i sitt arbeid i primærhelsetjenesten?»

Generell informasjon før oppstart av intervju

- Informere om antall tidsbruk til selve intervjuet (ca 1 time)
- Informere hva intervjuet skal brukes til (klinisk master)
- Informere om at intervjuet tas opp på lydbånd for deretter å bli transkribert over til tekst for bruk i selve oppgaven.
- Informere om at all informasjon vil anonymiseres. Det vil si at ingen personlig opplysninger vil forekomme.
- Informere om at studiet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som er en standard når man lager og behandler intervjuer (NSD).
- Informere om at opptak av intervju vil bli slettet etterpå.
- Spørre om noe er uklart før start
- Starte intervjuet og opptak
- Trykk Play

Selve intervjuet

Hovedspørsmål (15 min):

Kan du fortelle om dine erfaringer fra jobben som diabetessykepleier?

Andre spørsmål (45 min):

- Hvor stor stillingsstørrelse har du?
- Har du egne konsultasjoner?
- Kjenner du til de nye nasjonale retningslinjene og brukes de?
- Har du noen teamfølelse/ samarbeid med legen, andre?
- Har du eget kontor eller lagt til rette for jobben?
- Bruker dere Noklus diabetesskjema og evt. hvem bruker det?
- Kjenner du noen andre diabetessykepleiere som jobber i primærhelsetjenesten, og evt. samarbeid?
- Kan du beskrive dine ansvarsområder?
- Hvilke utfordringer møter du?
- Hva mener du skal til for å få en god diabetesomsorg i primærhelsetjenesten?

Tilbakeblikk

Oppsummere funn/ hva som ble sagt. For å forstå at jeg har forstått informanten rett.

- Er det noe du vil legge til?
- Er det noe du ikke ønsker skal videre bearbeides av det du har sagt?
- Slå av båndopptaker. Trykk Stop
- Takke for bidraget

Vedlegg 6 Godkjenning fra NSD



Jorunn Hov
Mørkved
8049 BODØ

Vår dato: 06.04.2018

Vår ref: 59561 / 3 / PEG

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.03.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

59561	<i>Diabetesomsorg i primærhelsetjenesten. Diabetessykepleiers erfaring fra jobben.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Jorunn Hov</i>
Student	<i>Lisbeth Pedersen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter sensitive opplysninger
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.11.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Pernille Ekornrud Grøndal

Kontaktperson: Pernille Ekornrud Grøndal tlf: 55 58 36 41 / pernille.grondal@nsd.no

Vedlegg 7 Funksjonsbeskrivelse for diabetessykepleiere



Funksjonsbeskrivelse for diabetessykepleiere

1. Plass i organisasjonen

Diabetessykepleier:

- har et selvstendig sykepleieansvar i forhold til klinisk yrkesutøvelse
- er ansvarlig ovenfor nærmeste sykepleiefaglig ansvarlig leder
- er overordnet øvrig pleiepersonell knyttet til arbeidsstedet og har instruksjons- og veiledningsmyndighet i forhold til det diabetessykepleiefaglige arbeidet

2. Stillingens formål

Diabetessykepleier:

- skal ved hjelp av relevant kunnskap og sin kliniske kompetanse ivareta behovet for sykepleie til personer med ulike former for diabetes, i alle aldre og ulike sykdomsfaser, både i sykehus og primærhelsetjenesten
- plikter å ivareta pasientens behov uavhengig av kulturell og etnisk bakgrunn
- skal ha en kommunikasjonsform som fremmer samhandling med pasienten, pårørende og andre profesjoner på ulike nivå

3. Kvalifikasjonskrav

- autorisert sykepleier i Norge
- videreutdanning i klinisk diabetessykepleie

4. Ansvars og myndighetsområder

4.1 Faglig ansvar

Diabetessykepleier:

- har kunnskap om ulike diabetesformer og kjenner utrednings- og behandlings tiltak som kan forebygge komplikasjoner og fremme helse, mestring og livskvalitet hos personer med diabetes
- anvender sykepleiefaglig og annen relevant kunnskap innen medisinske-, samfunns- og humanistiske fag for å identifisere og møte aktuelle behov for sykepleie hos personer med diabetes
- benytter et helsefremmende og forebyggende perspektiv i sitt arbeid
- holder seg faglig à jour og er en faglig ressursperson som bidrar til reflektert og kunnskapsbasert yrkesutøvelse i den hensikt å forbedre praksis
- kan finne og anvende forskningsresultater på en kritisk og reflektert måte og implementere gyldig kunnskap i praksis
- tar initiativ til og bidrar til forskning og fagutvikling innen diabetesomsorgen
- er tilgjengelig og bidrar til at pasienter føler kontinuitet i oppfølgingen av sin diabetes
- har ferdigheter i kommunikasjons-, undervisnings- og veiledningsmetodikk og anvender denne kompetansen i forhold til personer med diabetes i alle aldre og deres pårørende
- planlegger og gjennomfører ulike former for individ- og gruppebaserte opplærings tiltak med utgangspunkt i den enkelte pasient sine behov, ressurser og familiesituasjon

4.1 Faglig ansvar (forts)

Diabetessykepleier:

- formidler kunnskap om tekniske hjelpemidler, insulinbehandling, kost og andre relevante temaer til personer med diabetes
- bidrar til at medisinske forordninger og behandling etter delegering fra lege gjennomføres på en forsvarlig måte
- driver utadrettet og veiledende virksomhet overfor barnehage, skole, hjemmebaserte tjenester samt andre avdelinger innen egen institusjon
- har evne til å sette seg inn i spesielle gruppers behov, samt utfordringer knyttet til diabetes i flerkulturelle miljøer
- tar i møte med personer med diabetes utgangspunkt i den enkeltes og deres pårørendes ressurser, behov og opplevelse av sykdom og behandling

4.2 Ledelse og personalforvaltning

Diabetessykepleier:

- koordinerer egen virksomhet og delegerer arbeidsoppgaver
- har kunnskap om og benytter andre faggruppers kompetanse, og samarbeider med de ulike faggruppene i det tverrfaglige teamet
- bidrar som koordinator i det tverrfaglige arbeidet rundt pasienten
- er en sykepleiefaglig ressursperson og viderefører egen kompetanse til medarbeidere og studenter både muntlig og skriftlig
- har en kommunikasjonsform som fremmer samhandling med andre profesjoner på ulike nivå
- har kunnskap om og samarbeider med aktuelle frivillige organisasjoner innenfor diabetesomsorgen
- er lojal overfor enhetens sykepleieleidelse og overordnede målsetting
- tar opp konflikter via tjenestevei

5. Pasientrettigheter

Diabetessykepleier:

- er kjent med pasientrettighetene og bistår dersom det er ønskelig å fremme klage
- følger retningslinjer for melding av pasientskader, nesten uhell, uhell og ulykker

6. Rammer for tjenesten

Diabetessykepleier:

- har taushetsplikt i henhold til sykepleielovens § 1, jmf. straffelovens § 144
- er medansvarlig for at sykepleie til personer med diabetes utøves i overensstemmelse med faggruppens og arbeidstedets verdigrunnlag og mål og NSF's yrkesetiske retningslinjer
- kjenner og anvender faglige, etiske og juridiske retningslinjer og handler forsvarlig innen for eget kompetanseområde
- fører journal i henhold til gjeldende retningslinjer
- følger lover, forskrifter og retningslinjer som gjelder helsetjenesten generelt og sykepleietjenesten/institusjonen spesielt

Diabetessykepleiere

Styret i NSF/FFD har satt ned en arbeidsgruppe bestående av: Ellen Fjeldstad, Anne Haugstvedt, Reidun Mosand og Anne Britt Sørstrøm.

Arbeidsgruppen har utarbeidet en retningsgivende funksjonsbeskrivelse for sykepleiere som arbeider med diabetespasienter.

Vi håper at funksjonsbeskrivelsen kan være til hjelp for den enkelte sykepleier og at dette i neste omgang kan bidra til at alle diabetespasienter får god faglig oppfølging.

Stor takk til arbeidsgruppen!

01.12.2006
Åse Rohde Poulsen
Leder NSF/FFD

Vedlegg 8 eksempel på lesematrise

Tittel:	The roles of healthcare professionals in diabetes care: A qualitative study in Norwegian general practice	
Forfatter/årstall:	Monica Sørensen ORCID Icon, Karen Synne Groven, Bjørn Gjelsvik, Kari Almendingen & Lisa Garnweidner-Holme Pages 12-23 Received 17 Apr 2019, Accepted 26 Nov 2019, Published online: 21 Jan 2020, https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1714145	
Kvantitativ design: Variabler:	Kvalitativ design	
Kvalitativ design:		
Utvalg:	Antall: 6 fastleger, tre sykepleiere og to medisinske sekretærer fra fem målrettet utvalgte diabetesteam	Utvelgesmetode:
Datainnsamling:	Prospektiv: Tverrsnitt:	Retrospektiv: Longitudinelt:

	Antall datainnsamlingstidspunkt:
Metode	Semistrukturert intervju Det har blitt antydnet at flerprofesjonelle tilnærming forbedrer kvaliteten på omsorgen hos mennesker med langvarig forhold.
Resultat:	Studien tok for seg hvordan fastleger kontra sykepleier og helsesekretærer opplevde involvering og det å jobbe som team. Allmennlegene hadde en annen oppfatning enn de andre. Sykepleier og medisinsk sekretær var motivert av fastlegens tidpress og deres oppfatning av diabetesbehandlingen. Fastlegene mente tjenesten hadde blitt mer strukturert etter involveringen. De andre samarbeidende helsepersonell definerte sin rolle annerledes og understreket at deres tilnærming inkluderte å anerkjenne pasientens behov for diabetesutdanning, lytte til historiene deres og møte deres behov for emosjonell støtte. Fastlegene mente mindre involvering i pasientens emosjonelle bekymring og mer fokusert på de biomedisinske aspektene av sykdom. Det var lite vekt på teamarbeid blant legene og annet helsepersonell. Ingen brukte pleieplaner for å involvere pasienten i beslutninger eller forene behandling blant fagpersoner. Institusjonelle struktur, mangel på rollebeskrivelser og manglende prosedyrer for samarbeidstilnærming var hindringer for teamarbeid.
Relevans for studien:	Studien er relevant da den belyser profesjonskampen og hierarkiske problemstillinger som beskriver utfordringer primærhelsetjenesten står overfor. Helseinstitusjoner sliter med å definere og oppnå nye former for samarbeidspraksis.
Kildekritikk:	