

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

## **Kompetanseheving og systematisk diabetesoppfølging i primærhelsetjenesten – sykepleieres erfaringer**

**[Ann-Karin H. Andorsen](#)**

Diabetessykepleier og universitetslektor  
Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

**[Ragnar Martin Joakimsen](#)**

Endokrinolog, professor og leder av fagråd diabetes  
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø, UiT Norges arktiske universitet og Helse Nord

**[Cathrine Fredriksen Moe](#)**

Sykepleier og professor  
Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

**[Diabetes](#)**

**[Omsorg](#)**

**[Primærhelsetjeneste](#)**

**[Kvalitativ studie](#)**

Sykepleien Forskning 2025;20(101668):e-101668

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2025.101668](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2025.101668)

**Bakgrunn:** En stor andel eldre som mottar hjelp fra primærhelsetjenesten, har diabetes. Mange lever også med uoppdaget sykdom. Sykepleierne har en sentral rolle i diabetesomsorgen.

**Hensikt:** Denne studien hadde til hensikt å utforske sykepleieres erfaringer med å delta på kompetansehevende diabeteskurs samt undersøke hva som kjennetegner deres praksis med diabetessykepleie til personer med diabetes type 2 i primærhelsetjenesten.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design med individuelle, semistrukturerte intervjuer med sju sykepleiere fra primærhelsetjenesten fra mai til september i 2024. Dataene ble analysert ved hjelp av Braun og Clarkes tematiske analyse.

**Resultat:** Etter å ha deltatt på kompetansehevende kurs opplevde de fleste sykepleierne at de var tryggere i rollen som pasientveileder. De ønsker jevnlig oppdateringer fordi det stadig kommer nye medikamenter og anbefalinger. Sykepleierne pekte også på at det burde finnes et tilbud for helsefagarbeiderne, som tar en stor del av oppfølgingen av denne pasientgruppen.

Resultatene viser at sykepleiere i primærhelsetjenesten hovedsakelig bistår personer med diabetes type 2 med å håndtere for høyt eller for lavt blodsukker. Sykepleierne i hjemmetjenesten har ikke en fast plan for diabetesoppfølging. De tar ansvar for pasientene de er primærkontakt for. Sykepleierne på legekontor har strukturerte årskontroller i samarbeid med fastlegen.

**Konklusjon:** Studien viser at sykepleierne syntes at de kompetansehevende kursene var positive og nyttige. Studien viser også mangel på etablerte rutiner for diabetesomsorg i hjemmetjenesten. Sykepleierne utviser stort engasjement og vilje til å endre praksisen til en mer systematisk diabetesomsorg. Tydeligere strukturer og rutiner kan bidra til bedre tjenester for personer med diabetes og kan også forebygge komplikasjoner, noe som vil være samfunnsbesparende på lengre sikt. Samarbeid mellom sykepleiere og fastleger samt en oppgaveglidning kan bidra til å frigi tid hos fastlegene.

## Introduksjon

En stor andel personer i Norge, omtrent 316 000–340 000, har diabetes. Av disse har 90 prosent diabetes type 2. I tillegg blir det anslått at omtrent 60 000 personer lever med sykdommen uten å vite om det (1). En norsk studie viser at 24 prosent av hjemmeboende eldre som mottar hjemmetjeneste, har diabetes (2).

Forekomsten av diabetes internasjonalt er også høy. International Diabetes Federation (IDF) anslår at 537 millioner mennesker lever med diabetes i dag, der 90 prosent har diabetes type 2 (3).

Eldre med diabetes kan ha betydelig redusert fysisk funksjon og helsetilstand (4). Diabetes er forbundet med mikro- og makrovaskulære komplikasjoner som medfører at personer med diabetes er mer utsatt for hjerte- og karsykdommer, skade på øyne og nyrer samt polyneuropati med fare for å utvikle fotsår (5, 6). På grunn av diabetiske fotsår ble det utført 518 amputasjoner i Norge i 2023 (7).

Siden mange mennesker lever med diabetes over tid før sykdommen blir oppdaget, vil flere ha utviklet irreversible komplikasjoner allerede ved diagnostidspunktet (8). Den høye andelen av personer med diabetes er en utfordring for de det gjelder, men også for samfunnet (6, 9).

Komplikasjoner relatert til diabetes fører til flere innleggelses på sykehus og krever store ressurser i primærhelsetjenesten i form av oppfølging og behandling hos fastleger og i hjemmetjenester (8, 9).

Det finnes nasjonale faglige retningslinjer for diabetesoppfølging (5), men norske studier har avdekket mangel på rutiner og stor variasjon i diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten, både i hjemmetjenesten og på fastlegekontorer (10, 11). En svensk studie viser at rutiner for blodsuktermålinger var dokumentert hos bare 61 prosent av pasientene som hadde hjemmetjeneste (12).

Fløde og medarbeidere fant i sin studie at hjemmeboende personer med diabetes som mottar hjelp fra hjemmetjenesten, hadde episoder med hypoglykemi mens de ble behandlet med både insulin og andre glukosesenkende medikamenter (13).

Fagprosedyren for diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til god kvalitet på oppfølgingen av personer med diabetes type 2. Den gir føringer for hva som bør være på plass av rutiner. Blant annet står det i fagprosedyren at hjemmeboende personer med diabetes type 2 bør ha årlig gjennomgang av legemidler og rutiner for glukosemåling. Rutinene bør revurderes jevnlig og ved endret helsetilstand. Den enkeltes risiko for lav glukose bør kartlegges og dokumenteres i en årlig gjennomgang av legemidler (14).

Sykepleiernes rolle i diabetesomsorgen er sentral, og en mer hensiktsmessig bruk av avansert sykepleierkompetanse i primærhelsetjenesten kan føre til en bedre pasientbehandling (15). Tilgang til diabetessykepleier og bruk av strukturert diabetesskjema hadde en positiv effekt på oppfølgingen av personer med diabetes type 2 i primærhelsetjenesten (16). Når primærhelseteam også inneholder sykepleiere, oppgir fastlegene at personer med diabetes type 2 får bedre oppfølging enn bare av fastlegene. (17).

Opplæring av helsepersonell er en av få strategier som bidrar til høyere kvalitet på oppfølging for personer med diabetes type 2 (18). Helsepersonell som yter tjenester til eldre med diabetes, må ha breddekompetanse for å følge opp et sammensatt sykdomsbilde og kjenne til hvordan sykdommen utvikler seg over tid. I tillegg kreves det rutiner og prosedyrer som sikrer god kvalitet på oppfølgingen (19).

For å øke kvaliteten på diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten er det derfor behov for mer kunnskap om sykepleiernes praksis i diabetesoppfølgingen samt deres behov for kompetanseutvikling.

## ***Bakgrunn for studien***

Kompetanseutvikling har vært et satsingsområde innenfor Helse Nord. Til sammen har 600 sykepleiere og leger deltatt på kompetansehevende diabeteskurs. Formålet med kurset er at deltakerne skal kunne anvende nasjonale retningslinjer innen diabetesomsorg og utføre individuell kontroll og årskontroll ved diabetes type 2.

Videre er målet at deltakerne skal kunne gi veiledning til personer med diabetes slik at de skal mestre hverdagen best mulig. Temaer som blir gjennomgått på kursene, er følgende: medikamenter ved diabetes type 2, ernæring, Noklus diabetesskjema og bruk i praksis.

Kursene gjennomgår også temaer som refleksjoner og tiltak på bakgrunn av kasuistikker om personer med diabetes og hva vi gjør når vi kommer til kort. Første- og andreforfatteren har vært delaktig i å organisere og undervise ved flere av disse kursene.

Med denne studien ønsket vi å utforske sykepleieres erfaring med å delta på kompetansehevende diabeteskurs samt hva som kjennetegner deres praksis med diabetessykepleie i primærhelsetjenesten til personer med diabetes type 2.

## Metode

Studien har et utforskende kvalitativt design. Dataene er basert på individuelle intervjuer av sykepleiere som har deltatt på kompetansehevende kurs, og som jobber i primærhelsetjenesten. COREQ-sjekklisten er anvendt til å rapportere forskningsprosessen (20).

### ***Deltakere og rekruttering***

Sju sykepleiere fra fire ulike kommuner i Nord-Norge ble intervjuet. Deltakerne er rekruttert via kompetansehevende diabeteskurs. På to av kursene ble det gitt muntlig informasjon om studien. Skriftlig informasjon med invitasjon til å delta ble sendt via e-post til alle sykepleierne på kurset (n = 43). Navn, yrkesbakgrunn og e-postadresse fant vi på kursets deltakerliste. Tabell 1 viser en oversikt over deltakerne.

**Tabell 1.** Oversikt over deltakerne

<b>Sykepleier</b>	<b>Arbeidssted</b>	<b>Kommune</b>	<b>Kjønn</b>	<b>Videreutdanning</b>
Sykepleier 1	Hjemmetjeneste	Kommune 1	Kvinne	Ingen videreutdanning
Sykepleier 2	Hjemmetjeneste	Kommune 2	Kvinne	Sår og sårbehandling, smerte og smertebehandling, medisin grunnfag
Sykepleier 3	Hjemmetjeneste	Kommune 2	Kvinne	Ingen videreutdanning
Sykepleier 4	Legekantor, hjemmetjeneste	Kommune 2	Kvinne	Diabetessykepleie
Sykepleier 5	Legekantor	Kommune 1	Kvinne	Nyresykepleie
Sykepleier 6	Legekantor	Kommune 3	Kvinne	Akuttsykepleie for kommunehelsetjenesten
Sykepleier 7	Legekantor	Kommune 4	Kvinne	Diabetessykepleie

### ***Metode for datainnsamling***

Vi gjennomførte semistrukturerte, individuelle intervjuer via telefon eller Microsoft Teams (21). En temaguide var utformet på forhånd, men vi oppfordret også deltakerne til å snakke fritt om temaer de mente var relevante. Lydopptak av intervjuene ble gjort via den nettbaserte skjemaløsningen nettskjema.no, som er utviklet og driftet ved Universitetet i Oslo.

Nettskjema er en sikker løsning som ivaretar anonymitet og datasikkerhet. Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren og varte fra 30 til 45 minutter. Intervjuene ble gjennomført to til tre måneder etter deltakelse på diabeteskurs.

### ***Metode for analyse***

Lydopptakene ble automatisk transkribert i Nettskjema, og førsteforfatteren gjennomgikk transkripsjonene. Vi analyserte det transkriberte materialet induktivt basert på Braun og Clarkes seks trinn for tematisk analyse (22). Første trinn er å bli kjent med datamaterialet. På dette trinnet ble lydfiler og transkribert tekst gjennomgått flere ganger og refleksjoner skrevet ned. Vi vurderte også at vi hadde metning av data.

I trinn to gjennomførte vi en systematisk koding av dataene basert på studiens hensikt. I trinn tre, fire og fem ble kodene systematisert og temaene definert. Vi skrev en analytisk tekst for hvert tema og valgte ut illustrerende sitater fra deltakerne. Førsteforfatteren ledet analyseprosessen og hadde jevnlig møter med andre- og tredjeforfatteren der vi diskuterte foreløpige analyser.

I og med at første- og andreforfatteren hadde vært aktive deltakere på diabeteskursene, var det viktig med refleksivitet og kritisk gjennomgang av analysene for å bli bevisst på vår egen forforståelse. For å sikre refleksivitet fulgte tredjeforfatteren analyseprosessen tett, og vi vendte stadig tilbake til dataene for å sikre en troverdig fortolkning av dem.

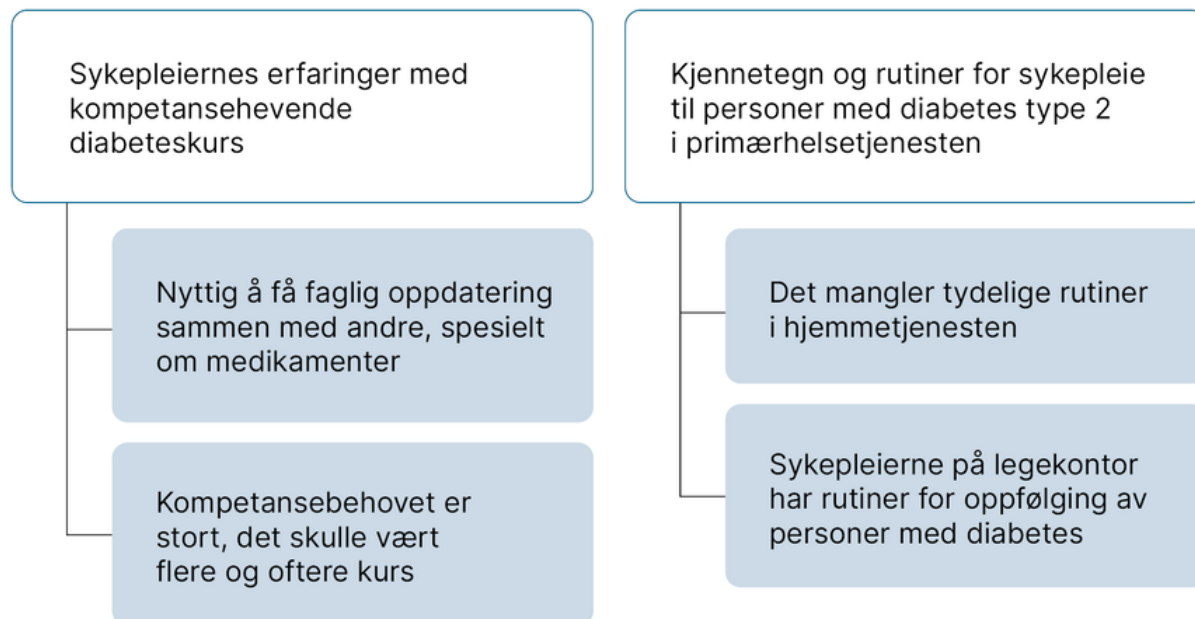
## ***Forskningsetikk***

Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen. Studien er meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, som er ansvarlig for personvern og sikker datahåndtering (referansenummer 899584). Alle deltakere fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og ga skriftlig samtykke. All dataene er aidentifisert.

## **Resultater**

Studien hadde en todelt hensikt: å utforske sykepleiernes erfaringer med å delta på kompetansehevende diabeteskurs samt å undersøke hva som kjennetegner deres praksis med diabetessykepleie i primærhelsetjenesten. Resultatene presenteres i henhold til denne todelingen, med to temaer fra analyseprosessen under hver del. Figur 1 viser en oversikt over temaene.

**Figur 1.** Oversikt over temaer



## ***Sykepleiernes erfaringer med kompetansehevende diabeteskurs***

### **Nyttig å få faglig oppdatering sammen med andre, spesielt om medikamenter**

Sykepleierne erfarte at de fikk stort utbytte av diabeteskurset. Flere fortalte at de fikk aha-opplevelser knyttet til medikamentell behandling. De trakk frem at det var bra å få kunnskap om nye medikamenter. Flere bemerket spesielt det de lærte om enkelte medikamenter og anbefalinger om å seponere i samarbeid med lege dersom pasienten er dehydrert eller har forbigående sykdom:

«Så der har vi fått inn en rutine med Forxiga, at vi skriver inn i legemiddelkortet til hver enkelt pasient som har den medisinen at vi må pause den på grunn av fare for ketoacidose hvis det er nedsatt allmenntilstand. Det var nok en av de tingene som jeg tok med meg mest derfra» (sykepleier 1).

Sykepleierne opplevde at kurset var viktig for faglig oppdatering og for å komme sammen med andre sykepleiere og leger fra sin egen kommune som de kunne utveksle erfaringer med om rutiner og oppfølging. Under intervjuene trakk sykepleierne frem at det var spesielt nyttig å ha noen å diskutere problemstillinger med der de ikke kom i mål med oppfølgingen. De syntes også det var nyttig med diskusjoner rundt pasientkasuistikker. Etter at de hadde deltatt på kurs, var sykepleierne tryggere på diabetesoppfølgingen og i veiledningen av kolleger.

### **Kompetansebehovet er stort, det skulle vært flere og oftere kurs**

Kursene ble arrangert for sykepleiere og fastleger i primærhelsetjenesten. Flere bemerket at det skulle vært tilbud om denne typen kurs oftere slik at alle som jobber i

primærhelsetjenesten, kan delta og øke sin kompetanse. De ga uttrykk for at de fikk kunnskap som de manglet om diabetesoppfølging, gjennom kurset. De fikk også en bedre forståelse av hvor viktig det er med systematikk i pasientoppfølging, observasjoner og medikamentbruk:

«Jeg synes det er flott at dere har fokus på det her. Jeg ser så mange konsekvenser av en dårlig regulert diabetes. Alle burde få mer informasjon om diabetes, hvordan man jobber, og hvordan man kan se tegnene til diabetes. Det kunne jeg ønske meg at vi hadde mer av. Det er så hektisk i hverdagen vår. Det er litt uorganisert, kan du si» (sykepleier 2).

Sykepleierne etterlyste også kurs for helsefagarbeidere som har oppgaver knyttet til diabetesomsorg i primærhelsetjenesten. Helsefagarbeiderne gjør viktige observasjoner og utfører behandlinger som å sette insulininjeksjon etter skjema. Sykepleierne mente derfor at det er viktig at helsefagarbeidere også får kompetanseheving om diabetes.

## ***Kjennetegn og rutiner for sykepleie til personer med diabetes type 2 i primærhelsetjenesten***

### **Det mangler tydelige rutiner i hjemmetjenesten**

Sykepleierne i vår studie som jobber i hjemmetjenesten, hadde ikke særskilt ansvar for personer med diabetes. Noen var primærkontakt for en gruppe pasienter, hvorav noen hadde diabetes. Sykepleierne i hjemmetjenesten hadde travle dager og måtte prioritere oppgaver. For personer med diabetes var det viktigst å håndtere for høyt eller lavt blodsukker.

Sykepleierne beskrev sine rutiner som at de har en tilmålt tid hjemme hos pasientene der de ser til dem, bistår med å tolke blodsukkerverdier og setter insulin som forordnet. De sjekker også om pasienten har spist før de setter insulin. De har ikke avsatt tid til å observere eller dra tilbake til pasientene for å gjøre kontrollmålinger av blodsukkeret. Sykepleierne opplever dette til tider som utrygt.

Flere av sykepleierne fortalte at de ikke har noen rutiner eller plan for oppfølging av personer med diabetes type 2 ut over å håndtere blodsukkeret her og nå: «Vi har ingen nedskrevne rutiner, det har vi ikke» (sykepleier 2).

Sykepleierne ønsket klarere rutiner for å håndtere diabetes og syntes det ville vært trygt å ha slike rutiner på plass: «Det er en forventning om at vi skal ha nedskrevne rutiner» (sykepleier 1).

Blant annet etterspurte sykepleierne en fast rutine på å føre HbA1c inn i journalen eller ha faste samarbeidsmøter med legene. Til tross for at sykepleierne manglet ruiner, observerte de senskader av diabetes. En av sykepleierne fortalte at de er oppmerksom på å følge med på bena til pasienten dersom de vet at vedkommende har polynevropati, slik at de kan bidra til å forebygge diabetiske fotsår:

«Jeg opplever egentlig at de som har diabetes type 1 ... Altså, de her enerne er det egentlig greie rutiner på, mens de med diabetes type 2 faller litt utenfor. Vi har toere som har hatt ganske mye skade. De har hatt sin diabetes 2 veldig lenge og har mye sekveler [følgetilstand etter sykdom] etter det som ikke blir like godt fulgt opp, for de er liksom bare toer. De synes jeg det burde vært litt mer i fokus på» (sykepleier 2).

Sykepleierne sa at det skulle vært en diabeteskoordinator i kommunen som har ansvar for å utarbeide rutiner og lære opp personell i primærhelsetjenesten. Koordinatoren kunne også vært en viktig støttespiller for sykepleierne når de trenger noen å søke råd hos. Slik det er nå, må de ringe legekontoret eller sende en elektronisk melding til fastlegen for å søke råd. De mente at lederne burde planlegge mer tid til oppfølging av personer med diabetes for å få mer tid til å observere og implementere rutiner.

### **Sykepleierne på legekontor har rutiner for oppfølging av personer med diabetes**

Sykepleierne i vår studie som jobbet på legekontor, hadde rutiner for oppfølging av personer med diabetes. De fleste hadde avsatt én dag i uken eller en 20-prosentstilling til diabetesoppfølging. De gjennomførte årskontroller av personer med diabetes type 2 i tillegg til at de fulgte opp personene med livsstilsendringer: «Jeg hjelper veldig mange med livsstilsendringer, det er jo det jeg jobber mest med, å motivere dem til å endre på livsstilen sin» (sykepleier 4).

Årskontrollene var organisert slik at sykepleieren kaller inn pasientene årlig. Det er på forhånd tatt blodprøver og urinprøve som inngår i diabetesårskontroll. Sykepleieren tar blodtrykk, måler vekt og foretar monofilamentundersøkelse – en undersøkelse som påviser nedsatt følelse for trykk under føttene. Sykepleieren sjekker også innstikksstedet for infiltrater ved insulinbehandling og har samtale rundt livsstilsfaktorer som kosthold og aktivitet.

De sjekker også at pasienten har vært hos øyelege, og dokumenterer dette. På slutten av timen, eller ved ny time hos legen etter to uker, treffer pasienten legen, som gjør en vurdering av behandlingen. Figur 2 viser en oversikt over hva sykepleierne rapporterte som inngår i sykepleiernes årskontroll.

**Figur 2.** Sykepleieres årskontroll for personer med diabetes type 2



Sykepleierne bruker Noklus diabetesskjema for å strukturere årskontrollen. Ved å anvende Noklus blir årskontrollen en systematisk gjennomgang som sikrer at alle sjekkpunkter blir fulgt opp. Ved å bruke Noklus diabetesskjema kan sykepleierne hente ut data fra sin egen database på legekantoret og følge utviklingen av for eksempel HbA1c over tid og sjekke at alle rutiner blir fulgt opp. Sykepleierne ser en positiv utvikling etter at de startet med strukturert oppfølging av personer med diabetes type 2:

«Jeg begynte i denne stillingen i januar, og alle de som har vært på kontroller nå etter sommeren, har nedgang i HbA1c» (sykepleier 6).

## Diskusjon

### ***Sykepleiernes erfaringer med kompetansehevende diabeteskurs***

Resultater fra studien viser at sykepleiere i primærhelsetjenesten trenger kompetansehevende diabeteskurs. Sykepleierne påpekte hvor nyttig det var å få presentert oppdaterte nasjonale

retningslinjer og oppdatert kunnskap om medikamenter. De trakk også frem nytten av å kunne reflektere over problemstillinger sammen med andre. Våre resultater viser også at hjemmetjenesten mangler rutiner, men sykepleierne på legekontor hadde struktur på diabetesoppfølgingen.

Sykepleierne ga flere positive tilbakemeldinger på kompetansehevende diabeteskurs. Kurset ga økt kompetanse i oppfølging av personer med diabetes type 2. Det var dessuten viktig for dem å møte helsepersonell fra egen kommune og reflektere sammen med andre. Også tidligere studier har vist hvordan opplæring og refleksjonsgrupper kan fremme kompetanseutviklingen (18, 23).

Sykepleierne følte seg tryggere på å følge opp diabetes og veilede kolleger etter at de hadde deltatt på kurs. De uttrykte likevel et ønske om at kurset skulle være et tilbud til alle sykepleierne i kommunen. De foreslo at også helsefagarbeiderne burde få denne opplæringen, da de er sentrale i å følge opp pasienter med diabetes type 2. I en tid med mangel på både sykepleiere og helsefagarbeidere kan det være styrkende å bygge kompetanse for begge disse yrkesgruppene (24).

I en studie er det 24 prosent av pasientene som mottar hjemmetjeneste, som har diabetes (2). Det er en stor andel brukere, som krever tilsvarende ressurser. Å øke kompetansen hos leger og sykepleiere er i tråd med kompetanseløftet som er beskrevet i den nasjonale diabetesplanen (19). Når vi vet hva komplikasjoner av diabetes koster både enkeltindivider og samfunnet, er det mye å hente på å forebygge (9). Flere av sykepleierne ønsket at det skulle vært en diabeteskoordinator i kommunen som kan bidra til kompetanseheving.

Med økende alder og komplekse helsetilstander klarer ikke alle hjemmeboende eldre å følge opp sin egen diabetesbehandling. I likhet med vår studie viser også tidligere studier at primærhelsetjenesten mangler rutiner for diabetesomsorg (10, 11), noe som kan få alvorlige konsekvenser. Blant annet kan hypoglykemi gi økt risiko for fall, som kan få følger for eldre med diabetes (25).

Komplikasjoner av diabetes kan være smertefullt for pasientene og koster samfunnet millioner hvert år (6). Gode rutiner i diabetesomsorgen kan være avgjørende for at personer med diabetes ikke blir overbehandlet eller feilbehandlet (19). Fagprosedyren for diabetes i primærhelsetjenesten ble utgitt i 2023 og skal bidra til at eldre med diabetes får god behandling og oppfølging (14).

Fagprosedyren er retningsgivende og har konkrete forslag til hvordan oppfølgingen skal organiseres. Noen av sykepleierne vi intervjuet, hadde hørt om fagprosedyren, men brukte den ikke aktivt i oppfølgingen av personer med diabetes.

### ***Organisering av sykepleiepraksis og rutiner i primærhelsetjenesten***

Sykepleierne som jobbet i hjemmetjenesten, hadde hektiske dager med tidspress som gjorde at de manglet tid til å sette seg inn i fagprosedyren eller andre nasjonale retningslinjer. For at prosedyrer skal sikre en mer forutsigbar oppfølging av personer med diabetes, forutsetter det

at de blir integrert som en del av det daglige tjenestetilbudet. Det er kjent fra litteraturen at det tar tid å endre praksis (26).

Derfor vil det være viktig å satse på å innføre gode rutiner for diabetesomsorg raskt, som også er et ledelsesansvar (27). Sykepleierne i vår studie ønsket at lederne var mer involvert i å planlegge arbeidshverdagen deres.

Studien viser også at det er behov for en diabeteskoordinator i primærhelsetjenesten. I Helse Nords handlingsplan for diabetes anbefales det at kommunene ansetter en diabetessykepleier for å imøtekomme det økende behovet for diabeteskompetanse (28).

Det ideelle vil være å ha en stor andel sykepleiere med diabeteskompetanse i kommunene, men det kan være en god start å ansette en diabetessykepleier eller diabeteskoordinator samtidig som sykepleierne og helsefagarbeiderne i primærhelsetjenesten får kontinuerlig opplæring.

## ***Sykepleierne på legekontor har rutiner for oppfølging av pasienter med diabetes***

Oppgaveglidning er et begrep som ble introdusert av Helsepersonellkommisjonen i 2023 (24). Ifølge den nasjonale faglige retningslinjen for diabetes (5) har pasientene rett til å få utført årskontroll. Vår studie viser at sykepleierne på legekontor gjennomfører flere oppgaver ved årskontrollen.

I tillegg til prøvetaking arbeider de systematisk med å veilede personer med diabetes type 2 med livsstilsendringer, som er i tråd med anbefalinger fra Jensen og medarbeidere (29), Evju og Skogmo (30) og Helsedirektoratet (5). Sykepleierne på legekontor tok også ansvar for å legge inn data i Noklus diabetesskjema, som er anbefalt å bruke av Helsedirektoratet (5).

Ved å anvende dette skjemaet i årskontrollen bidrar sykepleierne til å samle inn data om diabetesoppfølging til Noklus' diabetesregister for voksne. Det er et viktig bidrag som kan gi bedre kunnskap om diabetesoppfølgingen (31). Dette skapte gode rutiner for oppfølging av pasienter med diabetes type 2, og legene fikk frigjort tid til andre oppgaver. Dette eksempelet på oppgaveglidning kan både forebygge senskader og gi en mer bærekraftig organisering av helsetjenesten slik Helsepersonellkommisjonen peker på i sin rapport (24).

## ***Metoderefleksjon***

Studien ble gjennomført av en gruppe forskere der to har vært aktive innen diabetesomsorgen i Nord-Norge over flere år. Det styrker studien at forfatterne har god kjennskap til fagområdet og de kompetansehevende kursene. I tillegg er en tredje forsker med, som kan øke refleksiviteten. Studien hadde sju deltakere, som kan være for få til å fange opp ulike nyanser i diabetesomsorgen i primærhelsetjenesten.

Det er likevel en styrke for studien at sykepleierne representerer fire ulike kommuner og jobber på ulike steder. Det kan også antas at de sykepleierne som var mest fornøyd med kurset,

meldte seg som informanter til studien.

## **Konklusjon**

Denne studien har gitt oss et innblikk i sykepleiernes diabetesomsorg i primærhelsetjenesten. Sykepleierne syntes at de kompetansehevende kursene var positive og nyttige. De pekte på at kompetansehevende kurs burde tilbys med jevne mellomrom.

Studien vår viser at sykepleiere har engasjement og vilje til å endre praksis til en mer systematisk diabetesomsorg. Tydeligere strukturer og rutiner kan gi bedre tjenester for personer med diabetes type 2 og kan forebygge komplikasjoner, noe som vil være samfunnsbesparende på lengre sikt. Samarbeid mellom sykepleiere og fastleger samt oppgaveglidning kan friggi tid for fastlegene.

## **Takksigelser**

*Vi ønsker å takke deltakerne i studien for å ha delt nyttig kunnskap og erfaringer om diabetesomsorg i Nord-Norge. Vi ønsker også å takke universitetslektor Rada Sandic-Spaho og professor Tove Godskesen for å ha lest gjennom artikkelutkastet og kommet med innspill.*

## **Interessekonflikt**

*Ragnar Martin Joakimsen er medlem av Diabetesforbundet og fagråd diabetes i Helsedirektoratet. Han har mottatt honorar fra Diabetesforbundet for konsulentvirksomhet.*

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



TRENGER STRUKTUR: Sykepleierne i hjemmetjenesten har ikke en fast plan for diabetesoppfølging. De ønsker kurs og jevnlig oppdateringer fordi det stadig kommer nye medikamenter og anbefalinger. *Illustrasjonsfoto: Arne Trautmann / Mostphotos*

1. Stene LK, Lopez-Doriga RP, Åsvold BO, Bjarkø VV, Sørgerd EP, Njølstad I, et al. Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? Tidsskr Nor Lægeforen. 2020;140. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0849](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0849)
2. Davies TT, Graue M, Igland J, Tell GS, Birkeland KI, Peyrot M, et al. Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being. Diabet Med. 2018;36(1):96–104. DOI: [10.1111/dme.13790](https://doi.org/10.1111/dme.13790)
3. International Diabetes Federation (IDF). IDF diabetes atlas [internett]. 10. utg. Brussel: IDF; 2019 [hentet 9. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://diabetesatlas.org/>
4. Sinclair AJ, Conroy SP, Bayer AJ. Impact of diabetes on physical function in older people. Diabetes Care. 2008;31(2):233–5. DOI: [10.2337/dc07-1784](https://doi.org/10.2337/dc07-1784)
5. Helsedirektoratet. Diabetes. Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 14. september 2016 [hentet 9. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
6. Oslo Economics. Diabetes type 2 i Norge. En analyse av forekomst, sykdomsbyrde, behandling og samfunnsvirkninger [internett]. Oslo: Oslo Economics; 2021 [hentet 12. februar 2024]. Tilgjengelig

- fra: <https://www.diabetes.no/contentassets/45d3150d0b9248fbad6d139469c704a4/diabetes-i-norge---en-analyse-av-forekomst-sykdomsbyrde-behandling-og-samfunnsvirkninger-005.pdf>
7. Helsedirektoratet. Diabetes – amputasjoner blant personer med diabetes [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [hentet 14. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/diabetes/amputasjoner-blant-pasienter-med-diabetes>
8. Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi 2013–2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; u.å.
9. Andersson E, Persson S, Hallén N, Ericsson Å, Thielke D, Lindgren P, et al. Costs of diabetes complications: hospital-based care and absence from work for 392,200 people with type 2 diabetes and matched control participants in Sweden. *Diabetologia*. 2020;63:2582–94. DOI: [10.1007/s00125-020-05277-3](https://doi.org/10.1007/s00125-020-05277-3)
10. Heimro LS, Hermann M, Davies TT, Haugstvedt A, Haltebakk J, Graue M. Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study. *BMC Endocr Disord*. 2021;21(46):1–8. DOI: [10.1186/s12902-021-00713-w](https://doi.org/10.1186/s12902-021-00713-w)
11. Nøkleby K, Berg TJ, Mdala I, Than AT, Bakke Å, Gjelsvik B, et al. Variation between general practitioners in type 2 diabetes processes of care. *Prim Care Diabetes*. 2021;15:495–501. DOI: [10.1016/j.pcd.2020.11.018](https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.11.018)
12. Gershater AG, Pilhammar E, Roijer DA. Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross sectional study on nurses' documentation. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(2):220–6. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2010.00812.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00812.x)
13. Fløde M, Hermann M, Haugstvedt A, Søfteland E, Igland J, Åsberg A, et al. High number of hypoglycaemic episodes identified by CGM among home-dwelling older people with diabetes: an observational study in Norway. *BMC Endocr Disord*. 2023;23(218):1–9. DOI: [10.1186/s12902-023-01472-6](https://doi.org/10.1186/s12902-023-01472-6)
14. Aldring og helse. Fagprosedyre for diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester [internett]. Tønsberg: Forlaget aldring og helse; 2023 [hentet 9. februar 2024]. Tilgjengelig fra: [https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/ah-fagprosedyre-diabetes\\_v11\\_screen\\_1-pdf](https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/ah-fagprosedyre-diabetes_v11_screen_1-pdf)
15. Kolltveit BCH, Oftedal BF, Thorne S, Lomborg K, Graue M. Experiences of an interprofessional follow-up program in primary care practice. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(238). DOI: [10.1186/s12913-024-10706-9](https://doi.org/10.1186/s12913-024-10706-9)
16. Slåtsve KB, Claudi T, Lappegård KT, Jennum AK, Larsen M, Nøkleby K, et al. Factors associated with treatment in primary versus specialist care: a population-based study of

people with type 2 and type 1 diabetes. Diabet Med. 2021;38(7). DOI: [10.1111/dme.14580](https://doi.org/10.1111/dme.14580)

17. Abelsen B, Evenstad Ø, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland HI, et al. Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III [internett]. Oslo: Oslo Economics; 2021 [hentet 11. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d6a2b553763d42d7a9e9d98b1b786630/pht-statusrapport-januar-2020.pdf>
18. Shojania KG, Ranji SR, Shaw LK, Charo LN, Lai JC, Rushakoff RJ, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Vol. 2: Diabetes care. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. PMID: 20734526.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal diabetesplan 2017–2021 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013 [hentet 9. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjona>
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
21. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
23. Thidemann IJ, Sævareid HI, Slettebø Å. Hva bidrar til at sykepleiere utvikler sin kompetanse? Sykepl. 2020;108(82269):(e-82269). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2020.82269](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82269)
24. NOU 2023: 4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023 [hentet 20. september 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=9>
25. Graue M, Fagerli K, Fløde M. Hypoglykemi kan være en alvorlig tilstand for eldre med diabetes. Sykepl. 2022;110(87913):e-87913. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.87913](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87913)
26. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225–30. DOI: [10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
27. Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 26. november 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade#paragraf-1-formalet-med-forskriften>
28. Helse Nord. Fra handling til samhandling 2014–2019 [internett]. Bodø: Helse Nord; 2013 [hentet 5. november 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse->

[nord.no/499f65/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/fagplaner/regional-handlingsplan-for-diabetes-2014-2019.pdf](http://nord.no/499f65/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/fagplaner/regional-handlingsplan-for-diabetes-2014-2019.pdf)

29. Jensen T, Kristensen B, Uglenes I, Larsen LS, Allgot B. Primærhelseteam med diabetessykepleier er en løsning. Tidsskr Nor Lægeforen. 2021;141. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0999](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0999)

30. Evju A, Skogmo I. Hvilke oppgaver kan sykepleiere i primærhelseteam ha? Sykepl. 2019;107(75041):(e-75041). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.75041](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75041)

31. Noklus. Norsk diabetesregister for voksne [internett]. Bergen: Noklus; u.å. [hentet 1. september 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.noklus.no/norsk-diabetesregister-for-voksne/>