



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **SAMVERKAN MELLAN REGIONAL OCH KOMMUNAL PRIMÄRVÅRD AVSEENDE VÅRDEN AV PERSONER MED DIABETES TYP 2**

**Sjuksköterskors erfarenheter**

**Christin Jonazon  
Therése Lengberg**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård / OM8220
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2023 / VT 2024
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Carina Sparud-Lundin

Titel svensk:	Samverkan mellan regional och kommunal primärvård avseende vården av personer med diabetes typ 2 – Sjuksköterskors erfarenheter
Titel engelsk:	Cooperation between regional and municipal care regarding the care of people with type 2 diabetes – Nurses' experiences
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård / OM8220
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2023 / VT 2024
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Carina Sparud-Lundin
Nyckelord:	individuell vårdplan, kommunal primärvård, personcentrerad vård, regional primärvård, samverkan

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Antalet äldre multisjuka ökar vilket ställer kompetenskrav på personal som vårdar dessa personer. Många har insatser av kommunal primärvård vilket innebär att samverkan mellan regional och kommunal primärvård är central för god, säker och personcentrerad vård, vilket uppnås bl.a. genom upprättande av individuell vårdplan. Det finns tidigare inte beskrivet om sjuksköterskors erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård och om en individuell vårdplan för diabetes kan underlätta vid samverkan och vårdandet av patienterna.

**Syfte:** Syftet är att undersöka erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård avseende vården av personer med diabetes mellitus typ 2, ur ett sjuksköterskeperspektiv

**Metod:** Kvalitativ metod med semistrukturerat frågeunderlag i fokusgrupper som analyserats med tematisk analys. Två fokusgrupper med sex sjuksköterskor i varje grupp.

**Resultat:** I resultatet användes de tre forskningsfrågorna som övergripande teman med vardera två underteman. *Förutsättningar för samverkande och vårdande* med underteman *Gemensamt ansvarstagande* och *Kontinuitet i arbetsrelationen*. Här framkom att det var viktigt med varaktiga professionella relationer och att sjuksköterskorna kring patienten känner sig inkluderade i vårdandet. *Hinder för samverkande och vårdande* med underteman *Oklara rutiner och riktlinjer* och *Otillräcklig erfarenhet och kompetens*. Bristande rutiner och kommunikation kring patienterna och hög personalomsättning var hinder som identifierades. *Individuell vårdplan som stöd* med underteman *Bidra med trygghet vid bedömning* och *Ge en helhetsbild av personen med diabetes*. Det framkom att en individuell vårdplan skulle kunna skapa förutsättningar för trygga bedömningar av patienterna, ge en övergripande och konkret plan, helhetssyn på patienten och mer personcentrerad vård.

**Slutsats:** Samverkan mellan regional och kommunal primärvård krävs för att vården av personer med diabetes typ 2 ska vara säker, av god kvalitet och personcentrerad. Ett införande av individuella vårdplaner kan vara ett stöd i denna samverkan och i vårdandet av patienterna.

**Nyckelord:** individuell vårdplan, kommunal primärvård, personcentrerad vård, regional primärvård, samverkan

## Abstract

**Background:** The number of elderly people with multiple illnesses is increasing, which places competence demands on staff who care for these people. Many have interventions of municipal primary care, which means that cooperation between regional and municipal primary care is central to good, safe and person-centered care, which is achieved among other things through the establishment of an individual care plan. However, it remains unclear how nurses perceive this cooperation and whether the implementation of individual care plans for diabetes management can facilitate cooperation and patient care.

**Aim:** The aim is to explore experiences of cooperation between regional and municipal primary healthcare regarding the care of people with diabetes mellitus type 2.

**Method:** A qualitative methodology using focus groups for data collection. The focus group transcripts were analyzed with thematic analysis.

**Results:** Two focus groups with six nurses in each group. In the result, the three research questions were used as overarching themes and six associated subthemes were located. *Prerequisites for cooperation and nursing* with the subthemes *Mutually responsibility* and *Continuity in the employee relationship*. It appeared that it was important to have lasting professional relationships and the importance that the nurses around the patient all felt included. *Barriers for cooperation and nursing* with the subthemes *Unclear routines and guidelines* and *Inadequate experience and competence*. Lack of routines and communication and high employee turnover were barriers that were identified. *Individual care plan as support* with sub-themes *Contribute with safety during medical assessment* and *Contribute with a holistic focus of the person with diabetes*. Here it emerged that an individual care plan could set the conditions for safe medical assessments of patients, provide a comprehensive and concrete plan, a holistic view of the patient and more person-centered care.

**Conclusion:** Cooperation between regional and municipal primary care is required for the care of people with type 2 diabetes to be safe, of good quality and person-centred. The introduction of individual care plans can be a support in this cooperation and in the care of the patients.

**Key words:** cooperation, individual care plan, municipal primary healthcare, person-centered care, regional primary healthcare

# Förord

Ett stort tack riktas:

Till våra deltagare från kommuner och vårdcentraler som ställde upp i våra fokusgrupper för att dela med sig av sina tankar och erfarenheter samt till deras verksamhetschefer/enhetschefer som gjorde det möjligt för deras deltagande.

Till vår handledare Christopher Holmberg för engagemang, ovärderligt stöd, återkoppling och vägledning genom processen för examensarbetet.

Till varandra för gott samarbete och vänskap.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Prevalens.....	1
Vård och behandling vid diabetes mellitus typ 2 .....	2
Komplikationer.....	3
Samverkan regional och kommunal primärvård .....	4
Personcentrerad vård .....	5
Problemformulering .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Design.....	7
Urval .....	7
Datainsamling.....	8
Dataanalys .....	9
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Förutsättningar för samverkan och vårdande .....	10
Gemensamt ansvarstagande .....	10
Kontinuitet i arbetsrelationerna.....	11
Hinder för samverkan och vårdande.....	11
Oklara rutiner och riktlinjer .....	11
Otillräcklig erfarenhet och kompetens.....	12
Individuell vårdplan som stöd .....	12
Bidra med trygghet vid bedömning .....	12
Ge en helhetsbild av personen med diabetes .....	13
Diskussion .....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion .....	16
Möjligheter och hinder för samverkan och vårdande .....	16
Kan individuella vårdplaner underlätta samverkan och vårdande? .....	17
Slutsatser .....	18

Kliniska implikationer och framtida forskning .....	18
Referenslista .....	20
Bilaga 1: Informationsbrev till verksamhetschef/enhetschef	
Bilaga 2: Forskningspersonsinformation	
Bilaga 3: Intervjuguide	

## Inledning

Globalt och i Sverige är diabetes mellitus en av de vanligaste kroniska sjukdomarna och runt 90% av alla med sjukdomen har diabetes mellitus typ 2 (DMT2). Mörkertalet är dock stort och uppskattningsvis saknar hälften av personer i världen med diabetes en diagnos och kännedom om sitt tillstånd. Befolkningsmängden växer och blir allt äldre i Sverige vilket också gör att antalet personer med diabetes tilltar då sjukdomen ökar med stigande ålder. Fram till år 2045 väntas personer över 80 år öka från 500 000 till 1 miljon (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2023a). Även andelen äldre med multisjuklighet ökar, vilket ställer höga krav på kompetens hos sjuksköterskor och annan vårdpersonal som vårdar personer med en komplex sjukdomsbild, ofta i kombination med polyfarmaci. De individuella variationerna är stora och vården bör därför utgå från personen och ske i samråd med personal samt dokumenteras för att säkerställa integrering i vården. Av denna anledning måste även riktlinjer för vården av äldre och multisjuka anpassas till individen och i första hand inriktas till välbefinnande och en god livskvalitet.

Enlig Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30) ska krav på god vård uppfyllas genom att bland annat kontinuitet, säkerhet och trygghet för patienten tillgodoses. Vidare står att olika insatser för patienten ska samordnas och i de fall det är mest lämpligt att samordning sker inom primärvården. För att kunna säkerställa vård på lika villkor till invånarna där god och nära vård är övergripande är en definition av vårdnivån primärvård avgörande. Från och med den 1 juli 2021 har primärvården en ny definition där även ansvarsområden gällande vårdnivån har förtydligats. Primärvårdens roll är att vara navet i hälso- och sjukvården och består av två huvudmän, kommun och region, med samma huvudsakliga uppdrag men inom olika ansvarsområden (SKR, 2023b). I enlighet med detta kommer därför benämningarna regional respektive kommunal primärvård användas i examensarbetet. För personer med DMT2 som har insatser av kommunal primärvård och bor antingen i ordinärt boende eller i särskilt boende är vikten av samverkan mellan regional och kommunal primärvård central för en trygg och säker vård. Vi vill med detta examensarbete undersöka erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård avseende vården av personer med DMT2 samt om sjuksköterskorna upplever att individuella vårdplaner kan stödja dem i denna samverkan, samt i vårdandet av patienterna.

## Bakgrund

### Prevalens

Diabetes mellitus är globalt ökande sjukdomar och år 2021 beräknades 537 miljoner, motsvarande 10% av alla vuxna (mellan 20–79 år), ha någon av diabetestyperna varav runt 90 % av dessa DMT2. Denna siffra beräknas stiga till 784 miljoner år 2034 (International Diabetes Federation [IDF], 2023a). Sveriges befolkning i åldern 20–79 år uppgick år 2021 till

drygt 7,2 miljoner varav 496 000 hade en diabetesdiagnos. Diabetesprevalensen var 6,8 % och 33,5 % beräknades ha en odiagnostiserad diabetes (IDF, 2023b).

Under 2022 hade runt 10 % av vuxna i åldern 65 år och äldre i Sverige insatser av kommunal primärvård. I kommunal primärvård ingår behandling och vårdformer som ges genom kommunens regi. Flertalet personer under 2022 bodde i ordinärt boende och runt 82 000 i särskilt boende för äldre (Socialstyrelsen, 2023a). Runt 61 000 vuxna över 20 år hade minst en kommunal insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och av dessa bodde omkring 28 000 i boende enligt LSS (Socialstyrelsen, 2023b). Kommunerna rapporterar årligen genomförda vårdåtgärder för personer med insatser av kommunal primärvård. Under 2022 rapporterades åtgärder för 75 % av patienterna. De 25 % som saknades berodde sannolikt dels på privata vårdgivare som inte var skyldiga att rapportera, dels bortfall (Socialstyrelsen, 2023a). Rapporterade vårdåtgärder gällande övervakning av blodsockernivå gjordes på 14 399 patienter. Upprättande av samordnad individuell vårdplan (SIP) på 6 888 patienter och uppföljning av SIP på 1 876 patienter. Upprättande av vårdplan på 2 849 patienter och uppföljning av vårdplan på 1 688 patienter (Socialstyrelsen, 2023a).

## Vård och behandling vid diabetes mellitus typ 2

Äldre personer har ofta ett större sjukvårdsbehov än yngre. Med den stigande åldern kommer även andra företeelser, förutom sjukdom, som förlust av kroppskraft, känsla att inte klara sin livssituation, inte känna igen sig och att känna sig socialt isolerad och ensam (Ekman & Norberg, 2022). Vid DMT2 finns förutom kost och fysisk aktivitet olika behandlingsalternativ i tablett- och injektionsform, både insulin och andra läkemedel (Fors, 2020b). För äldre personer med DMT2 bör behandlingens inriktas på de besvär personen kan drabbas av inom 2–5 år och fokus vara på en god livskvalitet, god nutrition, att undvika akuta komplikationer som bland annat hypo- och hyperglykemi och uttorkning samt att förebygga och behandla sår (Fors, 2020a). Samsjuklighet är vanligt och innebär ofta komplexa läkemedelsbehandlingar som kan medföra risk för både över- och underbehandling (Jansson, 2020). Demenssjukdom är dubbelt så vanligt vid diabetes. Vid kognitiv svikt bör översyn göras av all medicinering eftersom den kan leda till kognitionsproblem och även förmågan att själv förstå symtom på hypo- och hyperglykemi försvåras (SKR, 2017).

Jansson (2020) belyser att mål för HbA1c måste individanpassas och vara högre, särskilt för äldre och multisjuka som är känsliga för läkemedel och lätt drabbas av kardiovaskulära komplikationer om blodsockervärdena pressas för hårt. I en systematisk litteraturoversikt av Sinclair m.fl. (2019) framkom att det inte fanns några fördelar med strikt HbA1c kontroll hos äldre vuxna och behandling bör riktas till att undvika kardiovaskulära risker. Rutiner för blodglukoskontroller är beroende på personens behandling. Vid kost- och tablettbehandling är variationen i blodglukosvärdena inte så stor från dag till dag och risken för hypoglykemi låg. Hos personer med insulinbehandling behöver symtom på höga eller låga blodsocker observeras. Det kan vara svårt för den som kontrollerar blodglukosvärdet att tolka detta och



kontakt får då tas med sjuksköterska som kanske inte heller har kännedom om personen (Fors, 2022).

En person med en välreglerad diabetes bör komma för kontroll hos diabetessjuksköterskan en gång om året och tätare kontroller vid behov (Fors, 2015). Enligt Neumark m.fl. (2015) är regelbundna kontroller och uppföljningar hos äldre som bor i ordinärt boende mer förekommande än hos personer som bor i särskilt boende. Personer som bor i särskilt boende verkar uteslutas för kontroller och uppföljningar i den regionala primärvården och vid kontakt med denna handlar det då om problem och akuta besvär. Författarna menar att detta kan förklaras av bristande rutiner mellan den kommunala och den regionala primärvården.

## Komplikationer

Då samsjukligheten hos äldre ofta är hög är det viktigt att det finns adekvat kompetens att ta hand om personer med diabetes. Detta inkluderar både att kunna hantera akuta situationer och tillstånd samt förebygga komplikationer på längre sikt. En fungerande samverkan mellan vårdgivarna ökar sannolikheten för att eventuella problem och brister i vården kan uppmärksammas tidigt (Jansson, 2020). Vid behandling av äldre multisjuka med DMT2 måste en helhetssyn beaktas och en avvägning mellan behandlingsmål och risken för läkemedelsbiverkningar, livskvalitet och nyttan av kardiovaskulär prevention göras (SKR, 2017). Kroppens minsta blodkärl tar skada när de utsätts för höga blodglukosvärden under lång tid, vilket kan ge påverkan på synen (retinopati), njurarna (nefropati) och även ge nervskador (neuropati). Åderförkalkningen utvecklas snabbare vid diabetes och innebär sammantaget en fördubblad risk att drabbas av hjärtinfarkt, stroke och nedsatt cirkulation i benen (Socialstyrelsen, 2018).

Hyperglykemi behöver sällan behandlas akut om personen mår bra utan i stället följs blodglukosvärden under några dagar för att få kännedom om tänkbara orsaker. Däremot är det av vikt att personen bedöms akut vid symtom som hög feber, kräkningar eller buksmärter (Fors, 2022). Risk för hypoglykemi finns vid för hög dos insulin, minskat glukosintag eller kognitiv funktionsnedsättning i de fall individen har behandling med insulin eller insulinfrisättande preparat (Borg, 2020). Personer som haft DMT2 under många år kan utveckla ketoacidosis vid stressreaktioner som infektioner och trauma eftersom insulinproduktionen minskar med lång sjukdomsduration (Forsberg, 2020). En ovanlig men svår akut komplikation är laktatacidosis. Denna har påvisats hos personer som behandlas med Metformin i kombination med njursvikt, hög ålder och dehydrering. För att undvika detta ska Metformin sättas ut vid akuta sjukdomstillstånd och det är även viktigt att njurfunktionen är kontrollerad (Östgren, 2020). För att kunna ta ställning till de akuta komplikationerna för multisjuka äldre med DMT2 i kommunal primärvård är kompetens hos vårdgivare samt samverkan mellan vårdgivare central (Jansson, 2020).

## Samverkan regional och kommunal primärvård

En omställning till god och nära vård pågår nationellt. Syftet med denna omställning är att patientens individuella behov och förutsättningar ska vara fokus i hela hälso- och sjukvården vilket innebär att samverkan mellan intressenter, så som mellan kommun och region är central. I denna omställning är primärvården navet och behöver samverka med de intressenter som är aktuella för den enskilde patienten samt att säkerställa att medarbetarna har erforderlig kompetens och att patienten får en god och nära vård som stärker hälsan (SKR, 2023c). För att detta ska fungera krävs både samverkan mellan olika aktörer med en gemensam uppfattning om mål och att dialoger förs kontinuerligt och samarbete inom respektive aktör (Carlström m.fl., 2022).

Multisjuka äldre som bor i ordinärt boende har många gånger ett stort vårdbehov från flera olika vårdgivare. Det är av vikt att samverka inom, men även mellan verksamheterna fungerar, då risken finns att ingen tar helhetsansvar för vården. En samverkan som fungerar väl med personen i fokus är en förutsättning (Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2019). Ett kunskapsstöd är framtaget av SKR (2023d) för primärvårdens samverkande hälso- och sjukvård, i detta beskrivs att det är av betydelse att rutindokument tas fram hos både region och kommun för att säkerställa en tillgänglighet dygnet runt till medicinsk bedömning och åtgärd samt för akuta och planerade insatser och besök. Målet med kunskapsstödet är även att stödja utvecklingen av samverkan i primärvårdens hälso- och sjukvård i den nära vården. Vid överlämningar och informationsutbyte mellan olika vårdgivare kan viktig information missas eller på annat sätt inte överlämnas. För att säkerställa att detta inte sker bör rutiner för informationsöverföring tydliggöras och att arbeta standardiserat genom att som exempel utforma en skriftlig individuell vårdplan tillsammans med personen med diabetes om möjligt och att uppdatera den när det behövs (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Detta är också till en hjälp för sjuksköterskor som arbetar på jourtid och som kanske inte känner till personen väl och som då kan säkerställa en god och säker vård (Göransson, 2022). Äldre personer med DMT2 har ofta flera olika läkemedel som kräver god kunskap, de har även rätt till lika vård oberoende om de bor i ordinärt boende eller på särskilt boende vilket innebär att en god diabetesvård behöver specifik diabeteskompetens genom hela vårdkedjan (Jansson, 2020). Den kommunala primärvården har inte anställda läkare vilket betyder att den högsta medicinska kompetensen har sjuksköterskan som måste kunna sätta sig in i och bemästra komplexa medicinska situationer, bedöma när läkare behöver kontaktas och vilka arbetsuppgifter som passar att delegera till omvårdnadspersonalen (Bökberg & Drevenhorn, 2017).

Legitimerad sjuksköterska ska kunna bedöma patientens hälsotillstånd genom både objektiva och subjektiva data, identifiera och prioritera patientens behov av omvårdnad utifrån risker, behov och resurser och omvårdnaden ska vidare planeras utifrån uppsatta mål, vilket även infattas i sjuksköterskans kärnkompetenser (SSF, 2023; SKR, 2017). Diabetessjuksköterskan i primärvården har som arbetsuppgift att bl.a. följa upp och föreslå eventuell ny behandling,

prova ut och förskriva hjälpmedel för glukoskontroll och injektionsgivning, bedöma fotstatus, skriva remiss för medicinsk fotvård samt för ögonbottenundersökning (Sörman, 2012 & Fors, 2015). Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD, 2020) har i sitt dokument "Riktlinje för dosjustering av läkemedel inom diabetesvården för diabetessjuksköterskor" en rekommendation att diabetessköterskans kompetens ska omfatta minst 15 hp diabetesvård. I Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor i diabetesvård (SSF, 2020) står det beskrivet att diabetessjuksköterskan har som uppgift att följa upp hälsotillståndet hos patienten och organisera samverkan med andra yrkesgrupper och team för att utveckla och förbättra diabetesvården. Diabetessjuksköterskan ska erbjuda patienten god och personcentrerad vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. När det kommer till teamet inom den regionala primärvården utgörs basen av personen med diabetes, diabetessjuksköterskan och läkaren. Teamarbete är framför allt värdefullt i vården av personer med kroniska sjukdomar och kräver samsyn kring målvärden och strategier kring behandling (Lindberg, 2020). Socialstyrelsens utvärdering har visat på att 50 % av sjuksköterskorna och 70 % av undersköterskor och vårdbiträden i kommunal primärvård saknade specifik kunskap inom diabetesvård och detta är en anledning till att det är viktigt att den regionala primärvårdens diabetessjuksköterska finns tillgänglig för att kunna stödja och ge råd. Inom varje kommun eller kommundel bör det även finnas en diabetesansvarig sjuksköterska som har speciellt ansvar för diabetesvården inom den kommunala primärvården (Jansson, 2020).

## Personcentrerad vård

Hörnstenarna i personcentrerad vård utgörs av patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Patientberättelsen utgör utgångspunkten och innebär att fokus flyttas från sjukdomen i sig till att förstås utifrån personens perspektiv. Detta inkluderar/innebär att identifiera personens behov och resurser. Partnerskapet är den mest centrala delen och handlar om att vårdgivaren och personen gemensamt ansvarar för att nå överenskomna mål. Det innebär således att inkludera professionens kunskap om vård och behandling såväl som individens kunskap om att leva med sin sjukdom. Den sista hörnstenen handlar om dokumentationen av vård- och behandlingsbeslut men även personens behov och resurser för att detta ska integreras i vården (Ekman m.fl., 2011).

Håkansson Eklund m.fl. (2019) beskriver personcentrerad vård som relation, kommunikation, helhetsfokus, individanpassat fokus och samordnad vård. Med samordnad vård menas att vården planeras och samordnas utifrån vårdpersonal, tid och situationer. Även samordning mellan olika huvudmän och professioner omfattas där målet med en personcentrerad vård är ett meningsfullt liv för patienten. Även i omställningen till Nära vård (SKR, 2023c) uppges som mål att patienten ska vara delaktig utifrån sina preferenser och förutsättningar. För att kunna stödja en personcentrerad vård har sjuksköterska som ansvar att bl a upprätta och utvärdera/aktualisera en omvårdnadsplan, samordna och samarbeta med andra personer i teamet kring patienten eller personer med specialkompetens (Forsberg, 2022). Både HSL (SFS 2017:30), Socialtjänstlagen (2001:453) och Vahlne Westerhäll (2022) betonar att en individuell vårdplan ska upprättas när en individ har behov av insatser från både hälso- och

sjukvården och av socialtjänsten. Denna ska upprättas i de fall det behövs för att behov ska tillgodoses och kräver samtycke från den enskilde individen. Vårdplanen är grunden i den personcentrerade vården och det är specialistsjuksköterskans ansvar att säkerställa att en sådan plan finns. Det finns olika sorters vårdplaner såsom standardiserade, individuella och övergripande planering och det centrala är att patienten är i fokus och även deltar i planeringen. Den standardiserade vårdplanen utgör i regel grunden och kompletteras sedan med den individuella utifrån personens förutsättningar och resurser (Forsberg, 2022). Vårdplanerna ska innehålla behandlingsregim, målvärde, daglig samt långsiktig planering men även den initiala bedömningen av personen. Detta innebär att eventuella förändringar då kommer vara lättare att upptäcka (Benetos m.fl., 2013; SKR, 2017). Det är av vikt att vårdplanen finns dokumenterad och revideras regelbundet (SKR, 2017) och den utformas av personal inom hälso- och sjukvården utifrån patienten (Ekman & Norberg, 2022). Även för personer med intellektuell funktionsnedsättning ses att personcentrerad vård och stöd är viktigt men också mer tid och resurser (Brown m.fl., 2017). I en studie av Donelan m.fl. (2020) kom författarna fram till att personer med fysisk funktionsnedsättning eller allvarlig psykisk sjukdom som hade vårdplan uppgav ökad livskvalitet och bättre känsla av egenkontroll. Efter införande av vårdplan ses både kliniskt förbättrade resultat och mer uppnådda behandlingsmål (Vuohijoki m.fl., 2020) och användande av vårdplan är sammanlänkat med mer fokuserad vård av personen med DMT2, mer frekvent övervakning av målrelaterade utfallsmått samt ökad förekomst av förskrivning av relevanta läkemedel (Hagnäs m.fl., 2022).

En samordnad individuell plan för äldre (SIP) är den arbetsprocess som behövs när en person har behov av samordning. Den ger en samlad beskrivning av pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser för en person och utgår alltid från personens behov och vad som är viktigt för personen i fråga (SKR, 2023e). Till skillnad från andra planer som kan vara begränsade till vissa målgrupper, är den samordnade individuella planen tänkt att användas för alla personer som har behov av samordning av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den samordnade individuella planen avslutas när de uppsatta målen är uppfyllda, när personen inte längre är i behov av insatser som behöver samordnas och när nya samordningsbehov inte förväntas uppstå inom den närmaste tiden (SKR, 2018).

## Problemformulering

Personer med DMT2 inom kommunal primärvård har ofta komplexa och omfattande vårdbehov relaterat till hög ålder och multisjuklighet. När en person med DMT2 blir inskriven i kommunal primärvård övergår generellt även huvudansvaret för diabetesvården från diabetessjuksköterskan i regional primärvård. Samverkan mellan regional och kommunal primärvård är därför central för att vården av personer med DMT2 ska vara personcentrerad, patientsäker och av god kvalitet. De äldre multisjuka blir fler och vården är ansträngd på många håll. Risk att missa uppgifter och information ökar vid brister i kommunikation och informationsöverföring och ett individualiserat fokus ökar både säkerheten för personerna och kliniska data. Det uppmärksammas en brist när det gäller individuella vårdplaner riktade till

personer med DMT2 och deras omvårdnad. Det saknas studier som fokuserat på samverkan mellan sjuksköterskor över verksamhetsgränser har noterats, vilket belyser behovet att utforska detta.

## Syfte

Syftet med examensarbetet är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård avseende vården av personer med DMT2.

Fokus är på:

- Vad beskriver sjuksköterskor som konstruktiva aspekter för samverkan och vårdandet?
- Vad beskriver sjuksköterskor som försvårande eller hindrande aspekter för samverkan och vårdandet?
- Upplever sjuksköterskor att individuella vårdplaner skulle stödja dem i denna samverkan, samt i vårdandet av patienterna? Hur beskriver sjuksköterskorna detta?

## Metod

### Design

Projektet utgår från en kvalitativ ansats som är lämplig för att ge förståelse och innebörd för observationer och utsagor som framkommer (Rienecker & Stray Jørgensen, 2018). Syftet med kvalitativ intervju är inte att resultatet ska bli statistiskt representativt utan i stället erbjuda en mer djupgående beskrivning och förståelse av ämnet utifrån deltagarnas perspektiv (De Jonckheere & Vaughn, 2019). Det kvalitativa förhållningssättet är baserat på analys och tolkning av observationer, uttryck och utsagor. Fokus ligger på “hur?” och “varför?” där förståelsen och innebörden är i fokus (Rienecker & Stray Jørgensen, 2018). Erfarenheter och värderingar hos deltagarna är önskvärda och kvalitativt förhållningssätt kan ge fördjupad information samt belysa olika synsätt på frågeställningen (Polit & Beck, 2021).

### Urval

För att välja deltagare till projektet gjordes ett strategiskt urval, vilket innebar att deltagarna valdes utifrån att de har rik erfarenhet om ämnet som skulle studeras och att de kunde tillföra relevant information och tankar (Polit & Beck, 2021). Bra intervjupersoner är personer som är tillgängliga, har kunskap och erfarenhet om ämnet och samtycker till att delta i en intervju (De Jonckheere & Vaughn, 2019). Inklusionskriterier var att deltagare från regional primärvård skulle arbeta som diabetessjuksköterska och ha genomgått minst 15 hp diabetesutbildning och deltagare från kommunal primärvård skulle vara sjuksköterska eller distriktssjuksköterska. De skulle ha arbetat inom respektive verksamhet under minst ett år (behövde dock inte vara inom samma kommun eller primärvårdsenhet). När det gällde deltagare från den kommunala primärvården var önskemålet att få deltagare både som arbetade i ordinärt boende, på särskilt boende och inom LSS för att få varierade erfarenheter avseende olika kommunala kontexter. Respektive verksamhetschefer kontaktades initialt per telefon och erhöll därefter mejl med information om projektet med upplägg och syfte samt

godkännande om deltagande (bilaga 1). Även information om att deltagandet var frivilligt samt forskningspersonsinformation bifogades (bilaga 2). Verksamhetschefer skickade ut information i veckobrev och intresserade personer/deltagare fick därefter höra av sig.

## Datainsamling

Projektet genomfördes med fokusgrupper i syfte att använda gruppen som en källa till information och deltagarna valdes utifrån att de bedömdes ha tankar, åsikter och erfarenheter om det aktuella området. Fördel med fokusgrupp är att deltagarna har det aktuella ämnet gemensamt och genom diskussion lyfts både liknande tankar men även tankar och erfarenheter som inte delas. En fokusgrupp sker inte som en intervju utan moderatorn har som funktion att främja interaktion mellan deltagarna i gruppen (Dahlin Ivanoff & Hultberg, 2006). Som underlag användes ett semistrukturerat frågeunderlag (bilaga 3) och följdfrågor användes för att få ytterligare djupgående beskrivningar.

Fokusgrupper bestående av sjuksköterskor från primär och kommunal primärvård genomfördes i två olika kommuner, relativt lika storlek avseende antal invånare men däremot olika i antal primärvårdsenheter och antal särskilda boenden. Varje fokusgrupp bestod av två diabetessjuksköterskor från regional primärvård och tre sjuksköterskor från kommunal primärvård. Diabetessjuksköterskorna från den regionala primärvården hade arbetat minst sex år till mer än 20 år, samtliga hade minst 15 hp diabetes men ingen hade vidareutbildning till specialistsjuksköterska med inriktning diabetes. Diabetessjuksköterskorna från den regionala primärvården arbetade samtliga på regionstyrda vårdcentraler. Förfrågan hade gått ut till privat vårdcentral i ena fokusgruppen där verksamhetschef godkänt medverkan, men ingen diabetessjuksköterska visade intresse. Sjuksköterskorna i den kommunala primärvården hade arbetat ett till 20 år. Bland sjuksköterskorna från den kommunala primärvården arbetade två inom ordinärt boende, två på särskilt boende och två inom LSS. Två av sjuksköterskorna var specialistsjuksköterskor med inriktning distriktssköterska. Ingen av deltagarna i kommunen arbetade för privat vårdgivare, vilket var lika i båda grupperna.

Ljudinspelning användes och utrustningen provades före genomförandet. Båda fokusgrupperna hade diskussionen i avskilda konferensrum. Den ena gruppen på ett av kommunens särskilda boenden och den andra i ett av kommunens kontor för sjuksköterskor. Övrig personal var informerad och risken för störning var minimal då det fanns ytterligare sjuksköterskor i tjänst. Deltagarna var informerade om att fokusgruppen beräknades ta 60–90 minuter. Detta är också förenligt med De Jonckheere & Vaughn (2019) som beskriver vikten av ostörd miljö samt information om planerad tidsaspekt. Båda grupperna var placerade vid ett avlångt bord med inspelningsutrustningen mitt på bordet. Rummen var ljudisolerade och inga störningar förekom under någon av intervjuerna. Även om samtliga deltagare fått ut information innan så inleddes denna med presentation av syftet, samtycke och att de fick avbryta sitt deltagande om de önskade samt varför just de var intressanta deltagare för intervjun. Därefter presenterade intervjudeltagarna sig för varandra och om sina erfarenheter inom den verksamhet de arbetar nu. Under diskussionen gjordes stödanteckningar om

kroppsspråk, nickande, leenden och annat som inte uppmärksammades på ljudinspelningen, vilket också lyfts av De Jonckheere & Vaughn (2019).

## Dataanalys

För att analysera erhållna data användes tematisk analys för att identifiera teman relevanta för forskningsfrågan men även för att lyfta deltagarnas erfarenheter, tankar och åsikter. Polit & Beck (2021) beskriver tematisk analys som att leta efter enheter med innehåll och betydelser som har samma mening. För att bearbeta inspelningarna från fokusgrupperna användes de sex stegen i tematisk analys enligt Braun & Clarke (2006). Inspelelingarna transkriberades genom att de lyssnades igenom och skrevs ner ordagrant och nyanser i samtalet, såsom hummanden, skratt och tystnad togs med. Materialet lyssnades och lästes igenom som helhet flertal gånger för att säkerställa att transkriptionen stämde och för att lära känna materialet. Vid tematiseringen utgjorde forskningsfrågorna guiden för struktur och upplägg av tema (tabell 1). I ett Word-dokument sorterades sedan data in under de tre forskningsfrågor. Genom att markera valda delar i data lyftes koder ut och dessa sorterades sedan in under forskningsfrågorna, radvis, i ett nytt Word-dokument utifrån likheter i erhållna data. Diskussionerna i fokusgrupperna var relativt samstämmiga och data kunde sorteras ut på det hela taget jämbördigt från de två diskussionerna.

## Etiska överväganden

Etiskt tillstånd är en nödvändighet för att få bedriva forskning med anledning av att den enskilda individens integritet ska skyddas och respekt tas för människovärdet. Vid forskning ska avvägning ske mellan möjliga risker och vinster med ny kunskap. Hänsyn skall beaktas till att ny kunskap kan erhållas och utvecklas genom forskningen. Arbetet sker inom ramen för universitetsutbildning på avancerad nivå och etikgodkännande från Etikprövningsnämnden är således inget krav (SFS 2003:460). Enligt Helsingforsdeklarationen från 1964 ska etisk prövning göras före studie påbörjas (World Medical Association [WMA], 2013) och ansökan gjordes till Etikgruppen vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet före arbetets start. Projekt på avancerad nivå ska handledas och kontrolleras av handledare med erforderlig vetenskaplig kompetens (Cöster, 2014) och tilldelad handledare uppfyller dessa krav. Etiska överväganden enligt ovan nämnda krav är gjorda och forskningskrav enligt Vetenskapsrådet (2017) uppfyllda.

- Informationskrav: Verksamhetschefer/enhetschefer kontaktades initialt per telefon, information skickades via e-post och svar erhöles med godkännande. Verksamhetschefer/enhetschefer skickade ut e-post till sin personal via veckobrev om projektet och att intresserade kunde anmäla sig. Deltagare som önskad delta informerades både skriftligt och även muntligt innan fokusgruppen startade om att deltagandet var frivilligt och fick även forskningspersonsinformation skriftligt (se bilaga 2).
- Samtyckeskrav: Deltagarna meddelade själva att de önskade delta och informerades även att de kunde lämna fokusgruppen om eller när de önskade.

- **Konfidentialitetskrav:** Diskussionerna ljudinspelades och lades över på externt USB-minne. Både USB-minne och transkription av materialet förvaras i låst utrymme dit ingen utomstående har tillträde. Inspelningar och transkriptioner kommer att raderas/kasseras efter godkänt projekt. För att skydda integriteten hos deltagarna har inte namn på deltagande kommuner och enheter angivits i examensarbetet.
- **Nyttjandekrav:** Det inspelade materialet används enbart i syfte för projektet. Bedömning görs att resultatet kan ha nytta för professionen och samhället men även för den enskilde individen.

## Resultat

Resultatet struktureras utifrån tema och undertema där forskningsfrågorna utgjorde grund för strukturen och tema och undertema definierades (tabell 1). Under tema *Förutsättningar för samverkan och vårdande* definierades undertema *Gemensamt ansvarstagande* och *Kontinuitet i arbetsrelationen*. Under tema *Hinder för samverkan och vårdande* definierades undertema *Oklara rutiner och riktlinjer* och *Otillräcklig erfarenhet och kompetens*. Under tema *Individuell vårdplan som stöd* definierades undertema *Bidra med trygghet vid bedömning* och *Ge en helhetsbild av personen med diabetes*.

Tabell 1

<b>Tema</b>	<b>Undertema</b>
Förutsättningar för samverkan och vårdande	Gemensamt ansvarstagande Kontinuitet i arbetsrelationen
Hinder för samverkan och vårdande	Oklara rutiner och riktlinjer Otillräcklig erfarenhet och kompetens
Individuell vårdplan som stöd	Bidra med trygghet vid bedömning Ge en helhetsbild av personen med diabetes

### Förutsättningar för samverkan och vårdande

#### **Gemensamt ansvarstagande**

Delaktighet i vårdandet uttryckte flera av deltagarna var viktigt och med delaktighet menade deltagarna att alla känner sig inkluderade i vårdandet av personen med diabetes. Det förklarades inte som att läkare eller diabetessjuksköterska bestämmer utan att ta hänsyn till vad sjuksköterskan i kommunal primärvård har att säga, utan beskrevs som en gemensam dialog kring personen med diabetes. En deltagare som arbetar som diabetessjuksköterska i regional primärvård beskrev det så här:



*Men alltså, jag tycker ändå det fungerar bra när vårt samarbete är att jag får reda på när det kommer någon ny, blir inbjuden på lite besök i alla fall, för att träffa dem som bor här. Får lite grann information. Det gör mitt arbete lite lättare.*

En deltagare i kommunal primärvård sa:

*[...] Och de gångerna som jag tycker att det fungerar bra, så är det ju när man känner att man får liksom respons på det som man behöver hjälp med eller önskar hjälp, eller man får återkopplingen ganska direkt. Det tycker jag är bra.*

Deltagarna i både kommunal och regional primärvård såg fördelar med att göra gemensamma hembesök vid inskrivning av nya patienter för att även diabetessjuksköterskan ska få en uppfattning om patientens hemsituation. Vid redan kända patienter upplevdes inte behovet lika stort.

### **Kontinuitet i arbetsrelationerna**

Med kontinuitet syftade deltagarna på en varaktig och fungerande, ömsesidig kontakt mellan sjuksköterskorna i kommunal primärvård och diabetessjuksköterskor i regional primärvård. Deltagarna belyste vikten av en upparbetad kontakt, att det underlättar kommunikationen och vårdandet, vilket innebär att kontaktvägarna är kända och det finns en trygghet i att få återkoppling. Deltagarna beskrev återkommande vikten av goda relationer, vilka är en förutsättning för ett smidigare arbetssätt. I de fall det finns upparbetade relationer mellan läkare och diabetessjuksköterska i regional primärvård och sjuksköterskan i kommunal primärvård som fungerar, blir arbetet enklare och förutsättningarna för att vårdandet skall vara patientsäkert ökar. En av sjuksköterskorna i den kommunala primärvården beskrev att arbetet fungerar bra när respons och återkoppling ges när hjälp önskas. Återkoppling på frågor är inte alltid akuta och behöver då inte ske direkt, dock är det bra att det finns en rutin för hur återkoppling skall ske. Flera deltagare beskrev att möjlighet till kontakt underlättar eftersom det är få vårdcentraler i deras området, de upplever att detta gör det lättare att få en god relation.

### **Hinder för samverkan och vårdande**

#### **Oklara rutiner och riktlinjer**

Oklara rutiner talade båda grupperna om. En diabetessjuksköterska i regional primärvård uttryckte:

*[...] Jag försöker att hjälpa till med det jag kan göra utefter mitt mandat. Jag träffar ju inte patienten och det blir lite slumpartat vem jag träffar och vem jag jobbar med för det är ju litegrann utefter kommunsjuksköterskans förfrågningar. Det finns inget strukturerat arbetssätt heller, utan jag hamnar bland dem av slumpens skördar.*

En avsaknad av rutiner sågs som utmanande. Det var tydligt att oklara eller bristande rutiner skapade problem i arbetet som värdefull tid fick ägnas åt att lösa. Ett problem som framkom hos regional primärvård är att det inte är tydligt i journalsystemet att patienten är inskriven i kommunal hemsjukvård. Detta kan ge problem som till exempel att kallelser eller remisser skickas till patienten utan kopia till kommunal primärvård, vilket gör att provtagningar som förväntas utföras av sjuksköterskan i kommunal primärvård kan missas. På samma sätt är det ett problem att när den regionala primärvården har vetskap om att patienten är inskriven i kommunal primärvård och förutsätter att patienten ej kan ta sig till vårdcentralen. Deltagarna menade att det inte är en förutsättning vid inskrivning utan att flertalet av patienterna själva eller med assistans kan ta sig till vårdcentralen när så behövs. Vissa patienter inskrivna i den kommunala primärvården är kapabla att själva sköta sin diabetes och ha sina uppföljningar hos diabetessjuksköterskan på vårdcentralen. Här händer det att sjuksköterskan i den kommunala primärvården får information till sig som egentligen skulle kommuniceras av diabetessjuksköterskan på vårdcentralen direkt till patienten och det fanns en enighet om att rutiner behöv för att underlätta samverkan och vårdandet.

### **Otillräcklig erfarenhet och kompetens**

Deltagarna i den kommunala primärvården i båda grupperna upplevde hög personalomsättning. De upplevde att detta ger en försämrad kvalitet på den vård patienterna erhåller, att arbeta i kommunal primärvård innebär att som sjuksköterska kunna lite om mycket eftersom det är ett brett område. De uttryckte vidare att i många fall blir det sjuksköterska i kommunal primärvård som skall ha kontroll på blodsockerkurvor och rapportera resultatet till diabetessjuksköterskan på vårdcentralen eller läkare på rond och om specifik kunskap om diabetes inte finns kan denna viktiga uppgift falla bort. Detta kan i sin tur leda till att personen med diabetes då inte får den vård de har rätt till med resultatet att komplikationer kan tillstöta. Några av diabetessjuksköterskorna i den regionala primärvården var medvetna om detta problem, men upplevde samtidigt att detta inte enbart låg på deras bord att lösa. De berättade vidare att om inte cheferna ger dem utrymme att ta ett större ansvar för patienterna som är inskrivna i kommunal primärvård finns det helt enkelt inte tid. De ansåg då att de fick förlita sig på att patienterna tas om hand av sjuksköterskor i kommunal primärvård eller att läkare tar upp patienten på rond. En annan utmaning som några av sjuksköterskorna i kommunal primärvård upplevde är ett behov av kompetensutveckling då det kommer många nya läkemedel och de ser även en ökning av personer med diabetes typ 1 inskrivna i kommunal primärvård.

### **Individuell vårdplan som stöd**

#### **Bidra med trygghet vid bedömning**

Samtliga deltagarna uttryckte önskemål av struktur kring vårdandet av personen med diabetes typ 2. En individuell vårdplan med information om till exempel målvärden och insulindoser skulle underlätta bedömningar och därmed skapa bättre förutsättningar för en jämlik vård. En sjuksköterska i kommunal primärvård uttryckte:

*Alltså, det är ju jättebra, tänker jag, eftersom vi ibland liksom är på andra ställen än där man själv är placerad, och då är det ju en jätteviktig fördel att liksom snabbt kunna få en uppfattning om: "hur är planen här då"? Man har någonting att förhålla sig till ganska tydligt och direkt tycker jag.*

Deltagarna beskrev att en individuell vårdplan skulle hjälpa dem i bedömningar och beslutsfattande och på så vis leda till en mer personcentrerad vård. Samtidigt diskuterades det om det fanns behov av att ha en individuell vårdplan för alla personer inskrivna i kommunal primärvård eller om det räcker att de som är mest komplicerade väljs ut? Samtliga deltagare var enade om att det var lättare att göra bedömningar som gällde de patienter de kände väl och hade patientansvar för. Sjuksköterskorna i kommunal primärvård berättade att vid tjänstgöring på kväll, natt och helg utökas arbetsområdet och de ställs inför bedömningar av patienter som de inte känner till vilket innebär en helt annan svårighetsgrad och kompetens. Ofta kan det vara omvårdnadspersonalen som ringer till sjuksköterska i tjänst och rapporterar. Bedömningen görs då baserat på uppgifter som kommer från tredje person och det finns inte tid och möjlighet för sjuksköterskan att själv se och bedöma patienten. Denna problematik kände också diabetessjuksköterskorna i regional primärvård igen. En deltagare som arbetar med patienter på LSS-boende sa:

*Det är en helt annan femma när man jobbar jourtid, alltså kvällar och helger, när man sitter väldigt mycket i telefon och så kommer de där samtalen "nu är jag hemma hos någon", och så skall man sätta sig in i den situationen patienten befinner sig i, om den ligger högt eller lågt och så skall man ge goda råd till omvårdnadspersonalen. Det kräver rätt mycket utav oss tycker jag som man ibland känner att, ja, man chansar lite. För det blir inte riktigt bra, för att där skulle jag vilja ha en vårdplan.*

Det diskuterades intensivt och igenkännande i grupperna och deltagarna var enade om att en vårdplan hade underlättat arbetet de tillfällen man arbetar jourtid. Önskemål från samtliga deltagare var en tydlig och övergripande plan för att konkretisera mer. Deltagare som arbetade inom LSS uppgav önskemål om en struktur kring patienten kring vad som görs, vad som planeras göras och utvärdering av åtgärderna. Samtidigt menade samtliga deltagare att den individuella vårdplanen inte fick bli för lång och komplicerad med risk att den inte lästes och att det ibland kanske räckte med checklista att kunna bocka av.

### **Ge en helhetsbild av personen med diabetes**

Deltagarna menade att en individuell vårdplan skulle kunna innebära att det skapades en helhetssyn kring patientens behov och ge en mer lättöverskådlig bild, utan att vara för detaljerad. En av diabetessjuksköterskorna i regional primärvård förtydligade:

*[...] jag kan känna att det var så länge sedan jag var inom slutenvården och det känns som att man pratade mycket vårdplaner men jag tror att det på något sätt alltid rann ut i sanden, eller de blev aldrig uppdaterade. Det var aldrig det primära på något sätt. Men det är många år sedan. Jag är inte emot det men någonstans så fanns inte riktigt förutsättningarna för att jobba eller varje profession tyckte samma eller så. [...] och där kanske.... I min värld så tänker jag att: vårdplan kan bli så väldigt svulstigt och det är ner liksom på mikronivå och: Kalle på 50-talet, vad han är intresserad av? Det kanske också gör att det inte blir en så livaktig vårdplan. Kanske det vi frågar efter, kanske mer en enkel översikt; så här hade vi tänkt och det här skall vi hålla oss inom.*

Det fanns också en oro för att vårdplanen skulle bli inaktuell om det inte avsattes resurser eller saknades rutiner kring hur den skall uppdateras och de uttryckte att det är av vikt att säkerställa var ansvaret för vårdplanen ligger. Deltagarna beskrev att diabetes typ 2 är en diagnos som är mycket varierande. En person kan vara kostbehandlad och ligga fint i sitt HbA1c år efter år. En annan patient kan ha stora svängningar i sitt blodsocker och ha olika kombinationer av både tabletter och insulin och därmed en komplex polyfarmaci. Patienter med funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa inom LSS eller med demensdiagnos på ett särskilt boende gör att det kan bli än mer utmanande att ställa in rätt medicinering för diabetes ansåg deltagarna. Här kan det vara svårt då andra saker också spelar in även när det gäller personens diabetes. En av sjuksköterskorna inom LSS beskrev att personen kan ha uppmanande röster att gå upp och äta på natten och då får höga blodsockervärden på just de morgnarna. Detta kan ge svårigheter vid framför allt insulinbehandlingar enligt sjuksköterskan. Vidare beskrev samma sjuksköterska behov av ett individuellt fokus då kartläggning av blodsockerkurvor ofta enligt planeringar är under tre till fyra dagar, men menar att i deras värld behövs upp till 14 dagar för att kunna fånga hur livet ser ut för deras patienter. Dessa patienter kände samtliga deltagare inte alltid får den vård de behöver och där en individuell vårdplan skulle ge en mer personcentrerad vård.

En diabetessjuksköterska uttryckte:

*[...]nu låg han lågt i socker nu på morgonen, skall han ha sitt basinsulin? Ja, det skall han ju ha ändå men kanske inte det kortverkande till exempel och det är ju en kunskapsfråga som inte är alla given.*

Sjuksköterska från särskilt boende sammanfattade sin tanke kring fördel med en individuell vårdplan som att det blir en mer personcentrerad vård, sjuksköterskorna gör mer lika och inte utifrån egen bedömning och att ett helhetsbegrepp tydliggörs. Samtliga deltagare ansåg att de individuella vårdplanerna behöver göras gemensamt i regional och kommunal primärvård, så att alla som är runt patienten deltar. Här uppgavs också en vikt att få med information från baspersonalen kring patienten.

## Diskussion

### Metoddiskussion

En kvalitativ metod har använts för att utforska erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård. Författarna önskade beskrivningar och förståelse av ämnet utifrån deltagarnas perspektiv (De Jonckheere & Vaughn, 2019) och anser att valet av kvalitativ design gav önskat utfall. En möjlig nackdel med fokusgrupp är om någon deltagare inte känner sig bekväm med att uttrycka sina åsikter i grupp och att området upplevs som känsligt att prata om inför andra (Polit & Beck, 2021), detta är dock inget som uppmärksammas under diskussionerna i någon av grupperna. Att inga deltagare arbetar för privat vårdgivare kan ses som en svaghet då resultatet inte speglar förhållanden från både region och privat vårdgivare. Ett urval från större kommuner skulle sannolikt kunna underlätta möjligheten att även få med deltagare från privata vårdgivare. Deltagarna har olika erfarenheter och kompetenser, vilket ses som en styrka. Det går inte att avgöra om deltagarnas åsikter och tankar påverkas av att inte samtliga har vidareutbildning till distriktsjuksköterska och specialistsjuksköterska i diabetesvård eller om detta påverkar resultatet. Ingen av fokusgrupperna genomfördes i storstad, vilket kan vara en svaghet då författarna tror att framför allt kontaktvägar i mindre kommuner möjligen är kortare. En medvetenhet finns att diabetessjuksköterskor som arbetar i regional primärvård inte har liknande arbetsförhållanden och även den kommunala primärvården är olika organiserad och varierar över landet. Detta innebär att resultatet möjligen kunnat se annorlunda ut om projektet utförts på annat ställe, men en variation i tjänstgöringsområde och antal tjänstgöringsår bland deltagarna samt att resultatet stämmer väl överens i båda grupper anses dock stärka överförbarheten. Genom det semistrukturerade frågeunderlaget, följdfrågor samt frågor mellan deltagarna ökar bredden och djupet i diskussionerna. Att få tankar, åsikter och erfarenheter av sjuksköterskor med olika perspektiv och från olika områden anses kunna stärka tillförlitligheten. Dynamiken i fokusgrupperna och att mängden data som framkommer genom interaktion mellan deltagarna är mer omfattande än vad som sannolikt framkommer genom personliga intervjuer anser författarna också stärka valet av datainsamlingsmetod.

För att kunna fokusera på diskussionerna i fokusgrupperna tillämpas ljudinspelning för att få med all data, vilket är en styrka i arbetet. Ingen av deltagarna uttrycker någon oro för att bli inspelad vilket kan bero på att deltagarna och författarna i respektive grupper känner varandra. Denna personliga kännedom skulle också kunna vara en svaghet men en medvetenhet finns kring detta samt även kring förförståelsen. Författarna har inte tidigare genomfört fokusgrupper vilket kan vara en svaghet eftersom erfarenhet av tillvägagångssättet inte finns sedan tidigare.

Tematisk analys används som analysmetod då denna metod är okomplicerad och enkel att använda som nybörjare samt att den ger en detaljerad men samtidigt bred bild av ämnet (Braun & Clarke, 2006). Valet av analysmetod ses som en fördel då författarna inte har

erfarenhet av kvalitativ design. Analys och tolkning av data görs gemensamt för att identifiera och minska risken för eventuella egna tolkningar och antaganden. Vid tematiseringen utgör därefter själva forskningsfrågorna guiden för att strukturera resultatet och för upplägg av tema. Analysprogram som hjälp för att transkribera och analysera kan vara en stor hjälp i arbetet (Dicicco-Bloom & Crabtree, 2006) men kan ta tid att lära för att kunna använda dessa (De Jonckheere & Vaughn, 2019). Med tanke på tidsaspekten för examensarbetet görs därför ett medvetet val att transkribera intervjuerna via Word, vi ser inte heller att ett analysprogram skulle gett ett annat utfall. Framtagna underteman kontrolleras mot den transkriberade texten, vilket också stärker trovärdigheten (Korstens & Moser, 2018).

## Resultatdiskussion

### **Möjligheter och hinder för samverkan och vårdande**

Deltagarna uttrycker att delaktighet och en gemensam dialog kring patienten är en förutsättning för god samverkan och trygg vård samt att gemensamma besök ses underlätta för att alla ska få samma bild av patienten. Denna uppfattning delas av författarna som ser en svårighet att få till gemensamma besök relaterat till tidsbrist. I de fall diabetessjuksköterskan har nära till patienten kan det underlätta, dock ser författarna en möjlig svårighet att få till det i större kommuner med längre avstånd.

Det framkommer under diskussionerna att oklara eller bristande rutiner är utmanande och skapar problem i arbetet och värdefull tid får ägnas åt att lösa dessa. För att undvika detta anser SSF (2017) för säkerställande att information inte missas bör rutiner för informationsöverföring tydliggöras därtill att arbete bör göras utifrån ett standardiserat arbetssätt. Möten mellan regional och kommunal primärvård ser författarna som en möjlighet för att gemensamt kunna upparbeta fungerande rutiner. För att underlätta kommunikationen lyfter Jansson (2020) att det bör finnas en diabetesansvarig sjuksköterska inom varje kommun/kommundel och att det av vikt att den regionala primärvårdens diabetessjuksköterska finns tillgänglig för att ge stöd och råd. En specifik diabetesansvarig sjuksköterska i den kommunala primärvården lyfts dock inte av deltagarna, men däremot ses fördelar från både regional och kommunal primärvård att ha enkla kontaktvägar och att ha kännedom om ansvarig sjuksköterska.

Missförstånd mellan sjuksköterskorna i den kommunala och regionala primärvården är inte helt ovanligt. Tengblad (2021) menar att personer i kommunal primärvård sällan kan komma till vårdcentralen och träffa diabetessjuksköterskan, vilket delvis motsägs av både deltagare som arbetar i ordinärt boende och deltagare som arbetar inom LSS. I resultatet framkommer att många gånger när en person har insatser av kommunal primärvård, så tolkas detta som att personen i fråga inte kan ta sig till vårdcentralen, vilket stämmer överens med författarnas egna erfarenheter. Författarna har inte uppmärksammat dokument eller studier som visar på att personer med diabetes typ 2 inskrivna i kommunal primärvård ska uteslutas från besök i

den regionala primärvården. Även för de patienter som är inskrivna i den kommunala primärvården men som själva sköter sin diabetes kan missförstånd uppstå, då information och meddelande lämnas från diabetessjuksköterska i regional primärvård till sjuksköterska i kommunal primärvård när denna kontakt i stället ska tas med personen själv. Detta tror författarna kan bero på oklarheter i kommunikationen och bristande dokumentation i patientens journal.

### **Kan individuella vårdplaner underlätta samverkan och vårdande?**

Resultatet visar på en enighet kring att en individuell vårdplan underlättar vid bedömningar, ger en överskådlighet, skapar en helhetssyn kring patientens behov och således ger en mer personcentrerad vård. Detta tas även upp av SKR (2023d) gällande personcentrering att ha fokus på personen och anpassa efter dennes behov och förutsättningar och både Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) stärker detta. Önskemål uttrycks om att de individuella vårdplanerna ska göras gemensamt för en helhetssyn av patienten, dock nämns det inte i någon av grupperna att patienten ska vara delaktig i denna planering. Detta partnerskap är dock den mest centrala delen i den personcentrerade vården och där både vårdgivare och patienten ska vara delaktiga (Ekman m.fl., 2011). Det finns flera utmaningar med detta enligt författarna och några utmaningar är brist på personal samt personalomsättning i framför allt den kommunala primärvården som kan göra det svårt att få till möten som tidsmässigt passar samtliga som behöver delta.

Funderingar framkommer om det finns behov av individuella vårdplaner för alla personer eller om det räcker att det görs på de patienterna med mest komplext vårdbehov och insulinbehandling. SKR (2023d) betonar att för sköra personer med komplexa behov är samverkan och det individuella fokuset särskilt viktigt och upprättande av vårdplaner med behandlingsstrategier är en nödvändighet. Detta stärks av Baan m.fl. (2022) som beskrivit vinster med att utföra individuella riskbedömningar hos de äldre och sköra personerna för att på så sätt kunna identifiera samband mellan risker och den vård som planeras. Med hänsyn till detta anser dock författarna att individuella vårdplaner bör göras på samtliga personer med diabetes.

För sjuksköterska inom LSS och inom särskilt boende är svårigheten många gånger att göra bedömningar på personer med psykisk ohälsa, funktionsnedsättningar och demens då det i dessa fall kan vara så många andra saker som också spelar in. Om underlag behövs för behandling eller för att utvärdera behandling föreslås i regel dygnskurvor av blodsocker under tre till fyra dagar (Fors, 2022), vilket inte framkommer i resultatet där det i stället lyfts att minst 14 dagar behövs för att ge en överskådlig bild och tillräckligt underlag. Detta är något som författarna tidigare inte reflekterat över.

En anledning till att vårdplaner inte görs beskrivs av Andersson m.fl. (2022) som tidsbrist, detta var dock inte något som framkom i någon fokusgrupp. Däremot lyfts en oro att vårdplanen riskerar bli inaktuell om resurser och rutiner inte finns för att hålla den

uppdaterad. Författarna anser att gemensamma rutiner för detta behöver diskuteras och initieras.

## Slutsatser

Detta projekt lyfter erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård samt om individuella vårdplaner kan vara till hjälp i denna samverkan. I resultatet framkommer vikten av delaktighet och gemensamma dialoger mellan sjuksköterskorna i regional och kommunal primärvård för att uppnå god och säker vård med ett personcentrerat förhållningssätt. Resultatet visar att individuella vårdplaner för i synnerhet patienter med komplexa vårdbehov kan leda till att tillgängliga resurser i framför allt kommunal primärvård kan användas på bästa och mest optimala sätt. Utöver det behöver patientens delaktighet lyftas när det gäller utarbetandet av individuella vårdplaner. Även kontinuitet och enkla kontaktvägar uppges som en viktig förutsättning. Avsaknad av rutiner gällande vårdandet men även informationsöverföringen ses som risker för patientsäker såväl som personcentrerad vård i både regional och kommunal primärvård. Hög personalomsättning, bristande kontinuitet och bristande språkliga kunskaper hos personal uppges likaså som risker. Deltagarna är eniga om att en individuell vårdplan ger en helhetssyn, ett individuellt fokus, möjlighet att tidigt upptäcka eventuella förändringar och risker men även underlätta bedömningar på patienter sjuksköterskorna inte har kännedom om. Resurser och rutiner för att vårdplanerna ska hållas uppdaterade ses som en förutsättning.

## Kliniska implikationer och framtida forskning

Författarna ser behov av att arbeta vidare med Nära vård för att skapa förutsättningar och utveckla samverkan mellan regional och kommunal primärvård och för en god och säker vård med patienten i fokus. En utmaning kan vara att få till rutiner som fungerar även i större kommuner och med fler vårdaktörer, regionala såväl som privata. För diabetessjuksköterskorna i den regionala primärvården är utmaningen att få tiden att räcka till då de ofta även arbetar med andra arbetsuppgifter på sin enhet. Samverkan i form av gemensamma utbildningsdagar med bland annat information kring nya läkemedel, nya hjälpmedel och ny forskning kan stärka kompetensen hos sjuksköterskorna i kommunal primärvård. Ytterligare behov av fokus på patientens delaktighet behövs för att stärka den personcentrerade vården i kommunal primärvård. Det framkom även ett behov av kunskap om diabetes typ 1 i den kommunala primärvården och då dessa patienter handläggs av specialistvården ser vi även här ett behov av upparbetande av rutiner.

Förslag på framtida forskning är att genomföra ett arbete med större antal deltagare för att få en större bredd både i antal och geografisk spridning. Det hade också varit av värde att inkludera deltagare från större kommuner, socioekonomiskt utsatta områden och större variation gällande etnicitet eller kultur för att utröna om detta ger skillnader i resultatet. Ett vidare steg i framtida forskning är också tankar och idéer kring utformningen av en



individuell vårdplan och även undersöka patienternas erfarenheter av delaktighet i utformningen av en individuell vårdplan för diabetes.

## Referenslista

- Andersson, I., Bååth, C., Eklund, A. J. & Nilsson, J. (2022). Prevalence, type, and reasons for missed nursing care in municipality health care in Sweden - A cross sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 1-9. <https://www-doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12912-022-00874-6>
- Baan, C., de Bruin, S., van Hout, H., Lette, M., Nijpels, G. & Stoop, A. (2022). Safety risks among frail older people living at home in the Netherlands – A cross-sectional study in a routine primary care sample. *Health and Social Care in the community*, 30(2), 469-477. <https://www-doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hsc.13230>
- Benetos, A., Novella, J. L., Guerci, B., Blicke, J. F., Boivin, J. M., Cuny, P., Delemer, B., Gabreau, T., Jan, P., Louis, J., Passadori, Y., Petit, J. M. & Weryha, G. (2013) Pragmatic diabetes management in nursing homes: individual care plan. *J Am Med Dir Assoc*. Nov;14(11):791-800. doi: 10.1016/j.jamda.2013.08.003. Epub 2013 Oct 8. PMID: 24113629.
- Borg, H. (2020). Hypoglykemi. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 141-148). Studentlitteratur.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77–101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res*. 21: 37–47. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/capr.12360>
- Brown, M., Taggart, L., Karatzias, T., Truesdale, M., Walley, R., Northway, R., Macrae, S., Carey, M. & Davies, M. (2017). Improving diabetes care for people with intellectual disabilities: a qualitative study exploring the perceptions and experiences of professionals in diabetes and intellectual disability services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(5), 435-449. <https://www-doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jir.12369>
- Bökberg, C. & Drevenhorn, E. (2017). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s. 59-73). Studentlitteratur.
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. S. (2022). Samverkan i team. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå*:

*Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 139–174).  
Studentlitteratur.

Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Liber AB.

Dahlin Ivanoff, S. & Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: basic assumptions in focus-group methodology. *Scand J Occup Ther.* Jun;13(2):125–132. doi: 10.1080/11038120600691082. PMID: 16856469.

DeJonckheere, M. & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Community Health.* Mar 8;7(2):e000057. doi: 10.1136/fmch-2018-000057. PMID: 32148704; PMCID: PMC6910737.

Dicicco-Bloom, B. & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Med Educ.* Apr;40(4):314–21. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x. PMID: 16573666.

Donelan, K., Chang, Y., Matulewicz, H., Warsett, K., Heaphy, D. & Iezzoni, L. I. (2020). Care Plans, Care Teams, and Quality of Life for People with Disabilities. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8), 2274–2280. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05908-w>

Ekman, I & Norberg, A. (2022). Personcentrerad vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 49–79). Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M. & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs.* Dec;10(4):248-51. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008. Epub 2011 Jul 20. PMID: 21764386.

Fors, P. (2015). Vad gör man på en diabeteskontroll. *Diabeteshandboken*. Hämtad 231230 från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/16.-vad-g%C3%B6r-p%C3%A5-en-diabeteskontroll-13754637>

Fors, P (2020a). Omhändertagande vid debut, uppföljning och individuella mål. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 365–373). Studentlitteratur.

Fors, P (2020b) Tabletterna och andra farmaka vid typ 2. *Diabeteshandboken*. Hämtad 231217 från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/11.-tabletter-och-andra-farmaka-vid-typ-2-13754553>

- Fors, P (2022). Åldringsvård och hemsjukvård. Diabeteshandboken. Hämtad 231230 från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/36-%C3%A5ldringsv%C3%A5rd-och-hemsjukv%C3%A5rd-13755507>
- Forsberg, A. (2022). Personcentrerad omvårdnad. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 81–97). Studentlitteratur.
- Forsberg, S. (2020). Ketoacidosis och hyperosmolärt non-ketotisk syndrom. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 129–139). Studentlitteratur.
- Göransson, E. (2022). Den komplexa hemsjukvårdens framväxt. I K. Gustafsson & M. Söderman (Red.), *Omvårdnad i hemmet vid komplexa vårdbehov* (s.23–33). Studentlitteratur.
- Hagnäs, M., Heikkala, E., Frittitta, L., Jokelainen, J., Mikkola, I., Morgan, S. & Winell, K. (2022). Association of personalised care plans with monitoring and control of clinical outcomes, prescription of medication and utilisation of primary care services in patients with type 2 diabetes: an observational real-world study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 40(1), 39-47. <https://www-doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/02813432.2022.2036458>
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K, Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E. & Summer Meranius, M. (2019) "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. Jan;102(1):3–11. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029. Epub 2018 Aug 26. PMID: 30201221.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019). Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande. Hämtad 240101 från <https://www.ivo.se/aktuellt/publikationer/rapporter/samverkan-for-multisjuka-aldres-valbefinnande/>
- International Diabetes Federation. (2023a). IDF Diabetes Atlas 10 th edition 2021. Hämtad 2023-09-23 från <https://diabetesatlas.org/data/en/world/>
- International Diabetes Federation. (2023b). IDF Diabetes Atlas 10 th edition 2021. Hämtad 2023-09-23 från <https://diabetesatlas.org/data/en/country/191/se.html>
- Jansson, S. (2020). Diabetes i primär- och kommunvård. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 381–389). Studentlitteratur.

- Korstjens, I. & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *Eur J Gen Pract.* Dec;23(1):274–279. doi: 10.1080/13814788.2017.1375090. PMID: 29185826; PMCID: PMC8816399.
- Korstjens I. & Moser, A. (2018) Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing, *European Journal of General Practice*, 24:1, 120–124, DOI: 10.1080/13814788.2017.1375092
- Lindberg. A. (2020). Diabetesteam – en förutsättning för god kvalitet i diabetesvården. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 375–379). Studentlitteratur.
- Neumark, A. S., Brudin, L & Neumark, T. (2015). Adherence to national diabetes guidelines through monitoring quality indicators--A comparison of three types of care for the elderly with special emphasis on HbA1c. *Prim Care Diabetes*. Aug;9(4):253–60. doi: 10.1016/j.pcd.2015.03.002. Epub 2015 Apr 9. PMID: 25865853.
- Polit. D. F., & Tatano Beck, C. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rabiee F. (2004) Focus-group interview and data analysis. *Proc Nutr Soc.*Nov;63(4):655-60. doi: 10.1079/pns2004399. PMID: 15831139.
- Rienecker, L. & Stray Jørgensen, P. (2018). *Att skriva en bra uppsats*. Liber.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Socialdepartementet. Hämtad 2024-01-07 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/)
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 2020-01-06 från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 2024-01-07 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)
- Sinclair, A. J., Abdelhafiz, A. H, Forbes, A. & Munshi, M. (2019). Evidence-based diabetes care for older people with Type 2 diabetes: a critical review. *Diabet Med*. Apr;36(4):399-413. doi: 10.1111/dme.13859. Epub 2018 Nov 29. PMID: 30411402.

Socialstyrelsen (2018). *Nationella Riktlinjer för Diabetesvård*. Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/diabetes/>

Socialstyrelsen (2023a) *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2022*.

*Artikelnummer: 2023-5-8556 | Publicerad: 2023-05-22*. Hämtad 2023-09-23

Socialstyrelsen (2023b). *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022*. Hämtad 240121 från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-4-8480.pdf>

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård. (2020). *Riktlinje för dosjustering av läkemedel inom diabetesvården för diabetessjuksköterskor*. Hämtad 240101 från

[https://swenurse.se/download/18.47c195e7177b127da1c8f66/1613803765363/Rekommendation%20dosjustering%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20diabetesv%C3%A5rd%201%20\(5\).pdf](https://swenurse.se/download/18.47c195e7177b127da1c8f66/1613803765363/Rekommendation%20dosjustering%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20diabetesv%C3%A5rd%201%20(5).pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Teamets kommunikation inom vård och omsorg*.

Hämtad 231128 från

<https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261826f/1605171633516/Teamets%20kommunikation.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2020). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom diabetesvård*. Hämtad 231227 från

<https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-sjukskoterskor-inom-diabetesvard>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2023). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

*Reviderad 2023*. Hämtad 231128 från

<https://swenurse.se/download/18.5b9522411887c8d873d5c38a/1686557116681/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2017). *Vårdprogram Äldre och diabetes*. Hämtad 231128

från <https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e3038448fcb/1642427454019/7585-036-8.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2018). *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan*. Hämtad 240122 från

<https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef38071/1642160828608/7585-765-7.pdf>

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023a). *Särskilt boende för äldre (SÄBO)*. Hämtad 231023 från <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sarskiltboendealdre.28193.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023b). *Primärvård – ett uppdrag två huvudmän*. Hämtad 240120 från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/gemensamplanprimarvard/primarvardenvardniva.69558.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023c). *God och nära vård 2024. En personcentrerad och patientsäker hälso-och sjukvård med primärvården som nav*. Hämtad 231229 från <https://skr.se/download/18.436e32a318c8af0ae991678/1703153001357/16-2023-Overenskommelse-God-och-nara-var-d.pdf>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023d). *Kunskapsstöd för Primärvårdens samverkande hälso- och sjukvård i hemmet*. Hämtad 231128 från <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.54d69727188bdd63e1ab20/1695127626846/Samverkande-halso-och-sjukvard-i-hemmet.pdf>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023e). *Samordnad individuell plan för äldre (SIP)*. Hämtad 240101 från <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef38081/1642161204138/5421.pdf>
- Sörman, E. (2012). *Diabetessjuksköterskan*. I K. Wikblad (Red.). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund. Studentlitteratur.
- Tengblad, A. (2021). *Diabetes i primärvården*. I E-K. Hultgren (Red.), *Distriktsköterskans specialistområden* (s. 161–170). Studentlitteratur.
- Vahlne Westerhäll, L. (2022). *God hälso- och sjukvård för äldre – Ett rättsligt perspektiv*. Gleerups.
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningsled*. Hämtad 240202 från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Vuohijoki, A., Mikkola, I., Jokelainen, J., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Winell, K., Frittitta, L., Timonen, M. & Hagnäs, M. (2020). Implementation of a Personalized Care Plan for Patients With Type 2 Diabetes Is Associated With Improvements in Clinical Outcomes: An Real-World Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11(1-12), 2020. <https://doi.org/10.1177/2150132720921700>

World Medical Association. (2022). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 231004 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östgren, C. J. (2020). Perorala antidiabetiska läkemedel. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 203–208). Studentlitteratur.



## Bilaga 1: Informationsbrev till verksamhetschef/enhetschef



### INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

#### Informationsbrev till verksamhetschef/enhetschef

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot diabetesvård vid Göteborgs universitet. Under hösten 2023 och våren 2024 kommer vi att skriva vår magisteruppsats. I uppsatsen vill vi undersöka erfarenheter av samverkan mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och diabetessjuksköterskor inom primärvård avseende vården av personer med diabetes typ 2.

Projektet kommer att genomföras under december månad 2023 i form av två fokusgruppsintervjuer med 4–6 sjuksköterskor i varje, från primärvård och kommunal hemsjukvård. Intervjuerna kommer att genomföras i Marks kommun samt i Ystad kommun och av undertecknade studenter. De beräknas ta 1–1 ½ timme och spelas in. Tidpunkt för intervju är 12 december klockan 13:00, plats kommer att meddelas inom kort.

Materialet som spelas in kommer att hanteras av studenterna och kommer att kasseras/raderas efter godkänd uppsats. Resultatet kommer att redovisas så att ingen deltagare går att identifiera. Deltagandet är frivilligt och deltagaren kan närsomhelst avbryta sitt deltagande. Resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats vid Göteborgs universitet. Uppsatsen kommer även att skickas till deltagarna samt respektive verksamhetschefer/enhetschefer.

För att hitta lämpliga deltagare önskar vi komma i kontakt med sjuksköterskor som har erfarenhet av personer med diabetes typ 2 i kommunal hemsjukvård. Ett optimalt deltagande av sjuksköterska i kommun är sjuksköterskor som arbetar på SÄBO, ordinärt boende samt om möjligt inom LSS. Från primärvård önskar vi deltagande av diabetessjuksköterskor med erfarenhet av att samverka med sjuksköterskor i kommunal vård. Vi vore mycket tacksamma för förmedling av kontaktuppgifter så att vi kan ta kontakt för vidare planering.

Tack på förhand och med vänlig hälsning;

Therése Lengberg  
Diabetessjuksköterska och student vid Göteborgs universitet  
t.lengberg@hotmail.com  
Mobil: 0707-411047

Christin Jonazon  
Diabetessjuksköterska och student vid Göteborg universitet  
c.jonazon@gmail.com  
Mobil: 0705-165726

Christopher Holmberg  
Universitetslektor, sjuksköterska /Handledare  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet  
christopher.holmberg@gu.se

## Bilaga 2: Forskningspersonsinformation

**Att undersöka erfarenheter av samverkan mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och diabetessjuksköterskor inom primärvård avseende vården av personer med diabetes typ 2.**

### Information till forskningspersoner

Vi är två diabetessjuksköterskor som går specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning diabetesvård vid Göteborgs universitet. I utbildningen ingår det att genomföra ett examensarbete (magisteruppsats). Givet vårt ämne, så ämnar vi genomföra fokusgruppsintervjuer - och vill genom detta dokument fråga dig om du vill delta i en fokusgrupp.

Genom att läsa följande punkter i det här dokumentet får du information om examensarbetet och vad det innebär för dig att delta.

#### Vad är det för ett projekt och varför vill vi att du ska delta?

Syftet är att undersöka erfarenheter av samverkan mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och diabetessjuksköterskor inom primärvård avseende vården av personer med diabetes typ 2.

Fokus är på:

- Vad beskriver sjuksköterskorna som konstruktiva aspekter för samverkan och vårdandet?
- Vad beskriver sjuksköterskorna som försvårande/hindrande aspekter för samverkan och vårdandet?
- Upplever sjuksköterskorna att ett systematiskt arbetssätt i form av individuella vårdplaner skulle stödja dem i detta samarbete, samt i vårdandet av patienterna? Hur beskriver sjuksköterskorna detta?

I våra fokusgrupper önskar vi diabetessjuksköterskor i primärvård med minst 15 hp diabetes samt sjuksköterskor eller distriktssjuksköterskor i kommunal hemsjukvård som arbetat minst 1 år inom sina respektive professioner.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Vi har fått tillåtelse av verksamhetschef i kommunen samt på vårdcentral att tillfråga sjuksköterskor som uppfyller inklusionskriterierna.

#### Hur går projektet till?

Deltagandet innebär att du deltar vid en fokusgruppsintervju vid ett tillfälle som beräknas ta ca. 60–90 min. Fokusgruppen kommer att bestå av ca. 4–6 deltagare från primärvård och kommunal hemsjukvård. Intervjun kommer att ljudinspelas och inspelningen kommer att raderas efter godkänt examensarbete. Under intervjun har du möjlighet att dela dina tankar och åsikter med kollegor.

#### Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Vid deltagande har du möjlighet att ge dina tankar och åsikter om införande av individuella vårdplaner för personer med diabetes typ 2 i kommunal hemsjukvård. Du får också möjlighet att lyfta dina egna erfarenheter samt vad du ser för eventuella vinster men också svårigheter med en implementering. Gruppen kommer att bestå av deltagare som inte är i

**Att undersöka erfarenheter av samverkan mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och diabetessjuksköterskor inom primärvård avseende vården av personer med diabetes typ 2.**

beroendeställning gentemot varandra. Deltagarna, samt även verksamhetschefer, kommer att få möjlighet att ta del av resultatet av examensarbetet.

**Vad händer med dina uppgifter?**

Det du berättar om i intervjun kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av informationen. Inga personuppgifter eller journalanteckningar kommer att samlas in. Utskrifter från intervjuer kommer att kodas så det du berättar inte kan kopplas till dig. Anteckningar och ljudinspelning från intervjun kommer att kasseras och raderas efter examensarbetets godkännande. Inspelningarna kommer att förvaras i låst skåp dit endast intervjuaren har tillgång.

**Hur får du information om resultatet av projektet?**

Examensarbetet kommer att skickas till deltagare i intervjun samt aktuella verksamhetschefer. Examensarbetet kommer att presenteras muntligt vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa under examination. Examensarbetet kommer att publiceras i universitetets databas för uppsatser ([www.gu.pea.uu.se](http://www.gu.pea.uu.se))

**Försäkring och ersättning**

Ingen ersättning för deltagande erbjuds och deltagande får ske under arbetstid

**Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge anledning till detta. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för examensarbetet (se nedan).

**Ansvariga för projektet**

Ansvarig för examensarbetet är

Christin Jonazon. Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård.  
[gujonazch@student.gu.se](mailto:gujonazch@student.gu.se) Tel: 0705-165726

Therése Lengberg. Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård.  
[guslength@student.gu.se](mailto:guslength@student.gu.se) Tel: 0707-411047

**Handledare**

Christopher Holmberg, Universitetslektor. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.  
[christopher.holmberg@gu.se](mailto:christopher.holmberg@gu.se)

## Bilaga 3: Intervjuguide

### Öppningsfrågor

**Deltagarna hälsas välkomna.**

**Intervjuaren beskriver syftet med studien och att deltagandet sker frivilligt.**

**Deltagarna presenterar sig.**

### Bakgrund

- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat inom nuvarande verksamhet?
- Vilka erfarenheter har du att vårda personer med diabetes i hemsjukvården?
  - Vad upplever du som svårt eller utmanande?
  - Vad upplever du fungerar bra?
  - (Denna fråga riktas till sjuksköterska i hemsjukvården.)
- Hur upplever du din nuvarande kompetens för att kunna vårda dessa personer?
  - (Denna fråga riktas till sjuksköterska i hemsjukvården.)
- Hur upplever du samverkan med sjuksköterska i hemsjukvård/diabetessjuksköterska i primärvård avseende att vårda dessa personer?
- Vad har ni för erfarenheter av att arbeta med individuella vårdplaner inom andra medicinska områden än diabetes?
- Vad ser ni för fördelar med en individuell vårdplan för personer med diabetes typ 2 i kommunal hemsjukvård?
- Vilka förutsättningar anser ni behövs för att en individuell vårdplan skall kunna implementeras och bidra till en god och säker vård?

### Syfte och frågeställningar

Att undersöka erfarenheter av samverkan mellan sjuksköterskor i hemsjukvård och diabetessjuksköterskor inom primärvård avseende vården av personer med diabetes typ 2.

- Vad beskriver sjuksköterskorna som konstruktiva aspekter för samverkan och vårdandet?
- Vad beskriver sjuksköterskorna som försvårande/hindrande aspekter för samverkan och vårdandet?
- På vilket sätt beskriver sjuksköterskorna att ett systematiskt arbetssätt i form av individuella vårdplaner skulle kunna stödja dem i detta samarbete, samt i vårdandet av patienterna?

### Följdfrågor

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