

Diabetessjuksköterskans roll i diabetesvården – en tidsstudie

Kan primärvården uppfylla Socialstyrelsens rekommendationer för god diabetesvård?

Ämnesord:

Primary health care

Type 2 diabetes

Diabetes specialist nurse

Författarpresentation:

MONA M. ANDERSSON, ordförande SFSD, distriktssköterska, diabetessjuksköterska, Vårdcentralen, Bjuv

BRITT-MARIE CARLSSON, vice ordförande SFSD, distriktssköterska, diabetessjuksköterska, Diabetesmottagningen, Södra Älvsborgs sjukhus, Skene

EVA THORS ADOLFSSON, med dr, Verksamhetsutvecklare, Familjeläkarverksamheten, Västerås

KARIN WIKBLAD, professor, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet.

Karin.wikblad@medsci.uu.se

SAMMANFATTAT

- Ett ökande antal personer med typ 2-diabetes behandlas inom primärvården och diabetessjuksköterskan är oftast den som koordinerar patientens vårdbehov
- Enligt tidigare beräkningar bör det finnas en heltidstjänstgörande diabetessjuksköterska per 400-500 diabetespatienter inom primärvården
- Eftersom diabetessjuksköterskeresurserna varierar stort mellan olika enheter gjordes en tidsstudie vid 23 primärvårdsenheter för att kartlägga hur olika vårdåtgärder prioriteras
- Patienterna får ett årligt besök och nydiagnostiserade patienter får möjlighet till extrabesök. Telefonrådgivning är också ett prioriterat område
- Den knappa tiden räcker dock sällan till för patientutbildning, som kanske är den viktigaste uppgiften för diabetessjuksköterskan

INTRODUKTION

Flertalet personer med typ 2-diabetes behandlas inom primärvården i Sverige. På många större primärvårdsenheter finns diabetesteam, vanligen bestående av diabetesansvarig läkare, diabetessjuksköterskor och i vissa fall även andra yrkeskategorier som dietist och foterapeut.

Diabetessjuksköterskan är vanligtvis den som koordinerar patientens olika vårdbehov utifrån de bedömningar som diabetesteamet har gjort i samråd med patienten. Med diabetessjuksköterska avses en legitimerad sjuksköterska med ämneskompetens inom diabetesområdet samt pedagogisk kompetens. Hon/han ansvarar för en sjuksköterskeledd mottagning för patienter med diabetes, vilken är ett komplement till allmänläkarens mottagning [1,2].

Utvärderingar av sjuksköterskeledda mottagningar har visat goda resultat, framför allt när det gäller patienter med inte helt acceptabla värden [1]. I en stor randomiserad studie (SPLINT) remitterades drygt 1400 patienter med förhöjda värden för blodtryck och kolesterol till en diabetessjuksköterskemottagning. Efter ett år hade en majoritet av patienterna signifikant förbättrat sina värden [3].

Rådgivning och stöd är en viktig uppgift för diabetessjuksköterskan, eftersom personer med diabetes ofta behöver stöd för att genomföra livsstilsförändringar. Vidare är rådgivning i behandlingsfrågor en uppgift för diabetessjuksköterskan. Hon/han medverkar i modifiering av behandlingen och anpassar behandlingen till patientens livssituation [2, 6]. En studie från England visade att 63 % av insulinbehandlade patienter med dålig glukoskontroll förbättrade sina HbA_{1c}-värden markant efter individuella besök hos diabetessjuksköterska. Besöken omfattade förutom rådgivning och dosjusteringar, även utbildning [7]. Patientutbildning för att kunna bedriva en adekvat egenvård har visat sig betydelsefull för att öka patientens förståelse och kunskap om sin sjukdom och därigenom förhindra eller senarelägga diabeteskomplikationer och bibehålla god livskvalitet [1,3,4]. I Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för diabetesvården är grupputbildning till personer med typ 2-diabetes högt prioriterad [5].

Diabetessjuksköterskan har även en ansenlig mängd administrativa uppgifter. Förutom journaldokumentation ingår oftast registrering i Nationella Diabetesregistret (NDR) i arbetsuppgifterna. Registrering i kvalitetsregister är en viktig komponent i utvecklingen av vårdens kvalitet.

Försök att beräkna behovet av diabetessjuksköterskeresurser har pågått under flera år i ett samarbete mellan Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD) och Svensk Förening för Diabetologi (SFD). Tidigare beräkningar har visat på ett behov inom primärvården på minst en heltidstjänst per 400-500 personer med diabetes [6].

Beräknad tidsåtgång för olika moment i diabetesvården

Många faktorer har betydelse vid beräkning av behovet av diabetessjuksköterskeresurser, såsom tillgång till andra viktiga yrkesgrupper i teamet, diabetesmottagning vid sjukhus och hemsjukvård. Ytterligare faktorer att beakta är sätt att dokumentera och ansvarsfördelning inom enheten. Dessa faktorer måste vägas in lokalt när ställning tas till behovet av diabetessjuksköterskeresurser.

I Tabell I redovisas den beräknade tidsåtgången för de olika momenten i diabetesvården. Nedan specificeras underlaget för dessa beräkningar, som har utgått från en diabetesprevalens på 4 %. Siffrorna i tabellen för antal diabetespatienter vid medelstora, stora respektive mycket stora primärvårdsenheter är hämtade från en nationell diabetesenkät, som genomfördes år 2007 [8]

- *Rutinbesök:* Varje patient gör i regel ett rutinbesök/år för kontroll av glukos, lipider, blodtryck, förekomst av eller risk för komplikationer mm. Årsbesöken beräknas ta 1 tim/patient.
- En *nydiagnostiserad patient* har förutom grupputbildning erfarenhetsmässigt behov av 3 extrabesök för att egenvården ska fungera adekvat.
- *Start av insulinbehandling:* Minst en femtedel av personer med typ 2-diabetes sviktar i sin behandling och förs över på insulinbehandling för att uppnå god glukoskontroll. En nystartad insulinbehandling kräver åtminstone 2 extrabesök för att fungera väl.
- *Extrabesök:* Ungefär en fjärdedel av patienterna behöver av olika orsaker minst ett extrabesök per år.

- *Telefonrådgivning:* För att kunna upprätthålla en god tillgänglighet vid enheten åtgår cirka 30 minuter/dag för telefonrådgivning vid en stor primärvårdsenhet, något mindre vid medelstor och något mer vid mycket stor enhet.
- *Administrativ tid* omfattar förutom patientdokumentation även registrering i Nationella Diabetesregistret (NDR) och beräknas till 30 minuter/patient.
- *Teamträffar:* För att patienten inte ska få olika besked från olika teammedlemmar är det viktigt att teamet träffas regelbundet. Vidare krävs möjlighet att diskutera policy- och behandlingsfrågor. Teamträffarna beräknas ta 1 tim/vecka i anspråk.
- *Patientutbildning:* Denna beräkning baseras på att cirka en tredjedel av patienterna årligen deltar i grupputbildning omfattande minst 20 timmar. Gruppstorleken beräknas vara 8 personer.
- *Vårdutveckling/evidensbaserad* beräknas till 2 timmar/vecka och inkluderar även deltagande i kurser och konferenser.

Tabell I. Beräknad tidsåtgång för olika moment inom diabetessjuksköterskans arbetsområde.

	Medelstor primärvårdsenhet	Stor primärvårdsenhet	Mycket stor primärvårdsenhet
Antal listade patienter	3000-7999	8000-11999	>12000
Antal diabetespatienter	220	387	630
Rutinbesök (tim/år)	220	387	630
Nydiagnostiserade (tim/år)	27	45	75
Insulininställning (tim/år)	88	155	252
Extrabesök (tim/år)	55	97	157
Telefonrådgivning (tim/år)	75	100	200
Administrativ tid (tim/år)	110	193	315
Teamträffar (tim/år)	40	40	40
Patientutbildning (tim/år)	183	322	525
Vårdutveckling (tim/år)	80	80	80
SUMMA tim/år	878	1419	2274

Studiens syfte

Det ser troligen mycket olika ut i landet gällande diabetessjuksköterskeresurser. På många primärvårdsenheter når man förmodligen inte i närheten av den sjukskötersketätthet som föreslagits av SFSD och SFD. För att belysa detta problem genomfördes en tidsstudie i syfte att kartlägga hur diabetessjuksköterskans faktiska arbetstid fördelas på de olika arbetsmomenten inom diabetesvården.

METOD

Tidsstudien genomfördes under två veckor i april månad 2009 vid primärvårdsenheter av varierande storlek (3400-30000 listade patienter). Sammanlagt 30 diabetessjuksköterskor i Skåne, Uppland, Västmanland och Västra Götaland fick förfrågan om deltagande via e-post. Fullständigt ifyllda tidsrapporteringar lämnades från 23 enheter. Ett tidsstudieformulär utarbetades där diabetessjuksköterskan skulle ange den faktiska tidsåtgången i minuter för olika moment inom vården av personer med diabetes. Formuläret omfattade tidsåtgång för rutinbesök, nydiagnostiserade patienter, insulininsättning, extrabesök utöver rutinbesök, telefonrådgivning, administrativt arbete, teamträffar, patientutbildning i grupp, samt vårdutveckling. Uppgifter om antal listade patienter, antal patienter med diabetes samt antal patienter registrerade i NDR ingick också. Tillsammans med formuläret bifogades även detaljerade instruktioner för hur tidsregistreringen skulle gå till.

Data analyserades med hjälp av statistikprogrammet Statview för Windows och anges som medelvärden. Primärvårdsenheterna redovisas i tre grupper; medelstor (3000-7999), stor (8000-11999) och mycket stor enhet (>12000 listade patienter) enligt en något modifierad indelning gjord av Lisspers et al [9].

RESULTAT

Uppmätt tidsåtgång enligt tidsstudien

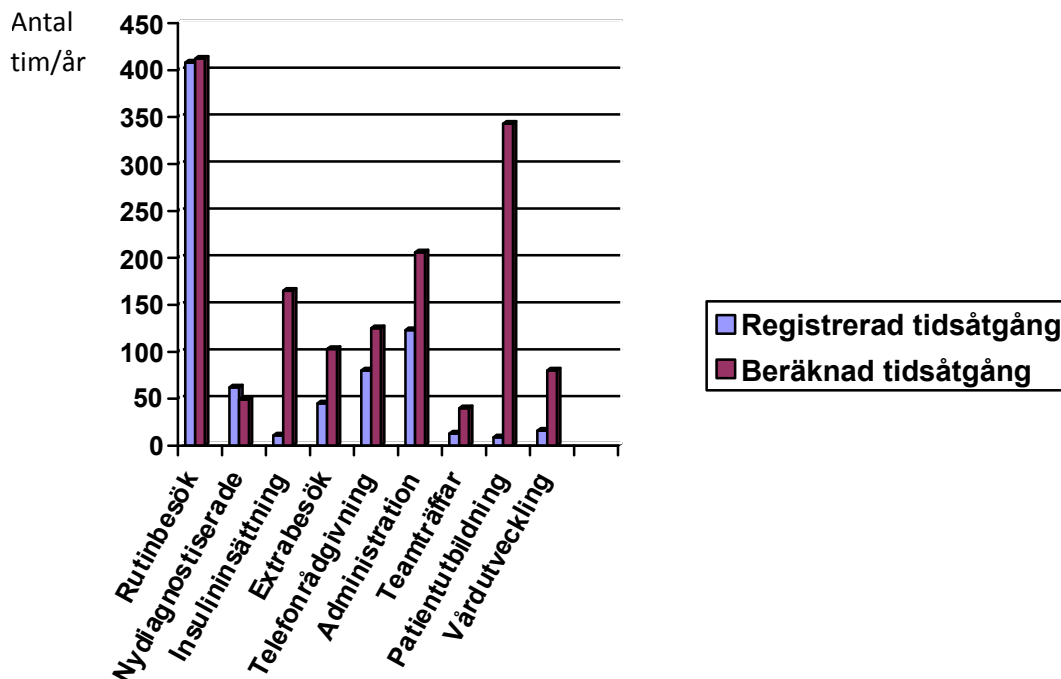
Registrering av tidsåtgång för respektive moment genomfördes under en två-veckorsperiod (Tabell II). Omräknat i heltidstjänster motsvarar den totala tidsåtgången att en heltidstjänstgörande diabetessjuksköterska skulle ha 806 diabetespatienter vid medelstor enhet, 965 vid stor primärvårdsenhet respektive 967 diabetespatienter vid mycket stor primärvårdsenhet.

Tabell II. Registrerad tidsåtgång för olika moment inom diabetessjuksköterskans arbetsområde. Medeltidsåtgång/år beräknad på registrering vid 23 primärvårdsenheter.

	Medelstor primärvårdsenhet	Stor primärvårdsenhet	Mycket stor primärvårdsenhet
Antal primärvårdsenheter	5	9	9
Antal listade patienter	6960	9634	18778
Antal diabetespatienter	279	392	663
Antal registrerade i NDR	177	262	409
Rutinbesök (tim/år)	304	355	564
Nydiagnostiserade (tim/år)	14	64	107
Insulininsättning (tim/år)	9	9	16
Extrabesök (tim/år)	44	42	49
Telefonrådgivning (tim/år)	73	66	102
Administration (tim/år)	81	94	195
Teamträffar (tim/år)	0,7	6	33
Patientutbildning (tim/år)	5	0	21

Jämförelse mellan registrerad och beräknad tidsåtgång

I Figur 1 jämförs den registrerade tidsåtgången (Tabell II) med den beräknade (Tabell I) för de olika momenten. Tidsåtgången för rutinbesök (årskontroller) och tid för nydiagnostiserade patienter stämmer väl överens med den beräknade tidsåtgången. De största diskrepanserna ses i momenten insulininsättning, extrabesök, telefonrådgivning, administration, patientutbildning och vårdutveckling. Den registrerade årsmedelarbetstiden (767 tim) är ungefär hälften av den beräknade (1502 tim).



Figur 1. En jämförelse mellan registrerad och beräknad tidsåtgång för olika moment inom diabetessjuksköterskans arbetsområde.

DISKUSSION

Under år 2004 publicerade SFSD och SFD ett förslag på ledtal för diabetessjuksköterskor [6]. I förslaget angavs att en heltidstjänstgörande diabetessjuksköterska inom primärvården inte borde ha fler än 400-500 diabetespatienter för att en god vårdkvalitet ska vara möjlig att upprätthålla. I den tidsstudie som nu genomförts fem år senare framkommer att medelantalet diabetespatienter per heltidstjänst är ungefär dubbelt så stort.

Det stora patientantalet per diabetessjuksköterska medför att många moment måste nedprioriteras. Tidsåtgången för rutinbesök och nydiagnostiserade patienter stämmer väl överens med den beräknade tidsåtgången, medan övriga arbetsmoment ägnas betydligt mindre tid.

Grupputbildning av patienterna är högprioriterat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer men i realiteten bortprioriteras denna [5]. Orsaken kan förutom tidsbrist också vara bristande pedagogisk kompetens hos diabetessjuksköterskan. Den nationella diabetesenkäten [8] visade att endast 9 % av diabetessjuksköterskorna i primärvården har pedagogisk kompetens och endast en femtedel av primärvårdsenheterna bedriver grupputbildning i någon form.

Det vetenskapliga underlaget för effekter av patientutbildning vid typ 2-diabetes har inte varit tydligt tidigare men i den SBU-rapport som utkom under 2009 [4] finns relativt starkt stöd för goda effekter av grupputbildning som leds av personer med diabeteskunskaper och pedagogiska kunskaper. Detta innebär att mer resurser behöver avsättas i primärvården för att skapa utrymme för grupputbildning. I SBU-rapporten framgår att denna satsning totalt sett innebär ökade samhällskostnader. Kostnaderna anses dock uppvägas av de effekter som insatserna ger på patientens metabola kontroll [4].

I nyligen publicerade studier och även i Socialstyrelsens nationella riktlinjer föreslås tidig insättning av insulin som komplement till den perorala behandlingen till personer med sviktande typ 2-diabetes [5, 10]. Enligt tidsstudien görs insulininsättning i primärvården i mycket liten omfattning men detta kan vara en fråga om slumpens inverkan eftersom registreringarna gjordes under en begränsad tid. En ytterligare orsak kan vara att studien genomfördes under våren. På de flesta primärvårdsenheter bedrivs inte planerad diabetesvård under sommarmånaderna och därför väntar man gärna med insulininställningar till efter semestertiden. Det går därför inte att dra några egentliga slutsatser om omfattningen av insulininställningar.

Den vanligaste arbetsformen inom diabetesvården är att arbeta i team. För att ett team ska fungera väl krävs det att medlemmarna i teamet träffas regelbundet. Vid de mycket stora primärvårdsenheterna var den registrerade tiden för teamträffar i stort sett lika lång som den beräknade medan de mindre enheterna inte har teamträffar i samma utsträckning. Detta beror sannolikt på att många primärvårdsenheter saknar diabetesansvarig läkare och följaktligen har diabetessjuksköterskan ingen att samarbeta med.

God tillgänglighet inom primärvården har poängterats framför allt under senare tid. Ett sätt att mäta tillgängligheten är registrerad tid för telefonrådgivning. Den registrerade tiden avvek inte mycket stort från den beräknade tiden, varför tillgängligheten bör kunna betraktas som relativt god.

En förhållandevis stor del av diabetessjuksköterskans arbetstid utgörs av administrativt arbete. I detta moment inryms även registrering av patientdata i NDR. Eftersom journalskrivning, tidbokning, kallande av patienter till rutinbesök mm är nödvändiga för att verksamheten ska fungera, så prioriteras dessa moment. Inregistrering av patientdata i kvalitetsregister görs i mån av tid. Detta har resulterat i att endast 63 % av patienterna är registrerade i NDR. Detta kan äventyra vårdens kvalitet eftersom upprättande av kvalitetsregister utgör ett led i utvecklingen mot en god och säker vård. Direktöverföring av patientdata till NDR sker i allt större omfattning. Detta kan resultera i en ökning av registrerade patienter i NDR, men samtidigt kan det också medföra att den pedagogiska delen, som en registrering av data i samband med patientbesöket ger möjlighet till, går förlorad.

Denna tidsstudie visar att det finns en diskrepans mellan beräknad och registrerad tidsåtgång för olika moment inom diabetessjuksköterskans arbetsområde. Den största diskrepansen återfinns i momentet patientutbildning. Diabetessjuksköterskans kanske allra viktigaste uppgift är att utbilda patienterna så att de kan utöva en välfungerande egenvård. Denna tidsstudie tyder på att det behövs i det närmaste en fördubbling av diabetessjuksköterskeresurserna inom primärvården för att kunna uppfylla Socialstyrelsens rekommendationer för god diabetesvård. Detta innebär en ökad kostnad för en idag hårt ansträngd primärvård. Samtidigt bör en hälsoekonomisk konsekvensanalys göras för att bedöma vad det innebär för den enskilde patienten och vården att inte avsätta resurser för att förbättra patientens metabola kontroll.

REFERENSER

1. Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus. *Cochrane database of systematic reviews* 2003, Issue 2. No.: CD 003286.
2. Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård – SFSD, Svensk sjuksköterskeförening - SSF. *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering i diabetesvård*. Brommatryck & Brolins AB. 2006.
3. New JP, Mason JM, Freemantle N, Teasdale S, Wong LM, Bruce NJ, Burns JA, Gibson JM. Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT). *Diabetes Care* 2003; 26: 2250-2255.
4. *Patientutbildning vid diabetes – en systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 195, 2009.
5. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för diabetesvården - Beslutsstöd för prioriteringar*. Preliminär version. 2009.
6. Referat från Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård - SFSD:s symposium 2004. *Diabetolognytt* 2004; 17:1
7. Yong A, Power E, Gill G. Improving glycaemic control of insulin-treated diabetic patients – a structured audit of specialist nurse intervention. *J Clin Nurs* 2002; 11:773-6.
8. Thors Adolfsson E, Smide B, Rosenblad A, Wikblad K. Does patient education facilitate diabetic patients' possibilities to reach national treatment targets? A national survey in Swedish primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009;
9. Lisspers KP Ställberg B, Hasselgren M, Johansson G, Svärdsudd K. Organisation of asthma care in primary health care in Mid-Sweden. *Prim Care Respir J* 2005; 14:147-53.
10. Janka HU, Plewe G, Riddle MC, Kliebe-Frisch C, Schweitzer MA, Yki-Jarvinen H. Comparison of basal insulin added to oral agents versus twice-daily premixed insulin as initial insulin therapy for type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28:254-9.

The role of specialist nurses in diabetes care – a time study

Mona M. Andersson, Britt-Marie Carlsson, Eva Thors Adolfsson, Karin Wikblad

Summary:

In Sweden, an increasing number of people with type 2 diabetes are treated by a diabetes care team in primary health care. The diabetes specialist nurse is one important part of this team.

The aim of this study was to delineate what the diabetes specialist nurse actually does during her working hours. The time study was performed during two weeks in April 2009 at 23 primary health care centres. The results showed that the diabetes specialist nurses prioritized patients' annual checkups and newly diagnosed patients, who received extra visits at the centre. Telephone counselling was also prioritized. The most important task, patient education, received a minimum of time. To be able to fulfil the Swedish national guidelines

for good diabetes care, the number of diabetes specialist nurses in primary health care needs to be increased.

Correspondence:

Karin Wikblad, Diabetesvårdforskning

Döbelnsgatan 2C

752 37 Uppsala

Tel.: +46184716642

E-mail: karin.wikblad@medsci.uu.se

Om Svensk Förening för Sjuksköterskor I Diabetesvård (SFSD)

Om SFSD

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD)

SFSD är en ideell förening vars syfte är att samla och organisera sjuksköterskor som i sin yrkesutövning arbetar med och har specialintresse för diabetes. SFSD är inte en facklig organisation.

SFSD:s uppgift är:

att verka för sjuksköterskans professionella utveckling inom diabetesvården

att stimulera och medverka till vidareutveckling av den medicinska och omvårdnadsvetenskapliga forskningen inom diabetesvården

att medverka till en likvärdig och kunskapsbaserad diabetesvård i alla delar av landet

att utgöra ett forum för remisser av utredningar avseende diabetesvården i Sverige

att utveckla samverkan med andra organisationer, nationellt och internationellt, vilka har betydelse för diabetesvårdens utveckling