



# Diabetessykepleieres rolle i primærhelsetjenesten – en kvalitativ studie

## Diabetes specialist nurses' role in primary healthcare – a qualitative study

Beate-Christin Hope Kolltveit

Postdoktor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Campus Bergen  
Diabetessykepleier, Vossevangen legesenter

[bchk@hvl.no](mailto:bchk@hvl.no)

Marit Graue

Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Campus Bergen

[marit.graue@hvl.no](mailto:marit.graue@hvl.no)

Elsa Orvik

Diabetessykepleier, Vestre Viken Bærum sykehus, Helse Sør-Øst

[elsa.orvik@gmail.com](mailto:elsa.orvik@gmail.com)

Mari Fløde

Stipendiat, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Campus Bergen

[mari.flode@hvl.no](mailto:mari.flode@hvl.no)

Johannes Haltbakk

Førsteamanuensis, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Campus Bergen

[johannes.haltbakk@hvl.no](mailto:johannes.haltbakk@hvl.no)

### Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er forventet at antall personer med komplekse helseproblemer i primærhelsetjenesten vil øke i årene som kommer. Dette byr på vesentlige utfordringer når det gjelder å finne gode modeller for organiseringen i helsetjenestene. Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvilken rolle diabetessykepleiere i primærhelsetjenesten opplever at de har, og hvordan de erfarer at deres kompetanse blir brukt.

**Metode:** Vi gjennomførte kvalitative intervjuer med åtte diabetessykepleiere i primærhelsetjenesten. Sykepleierne var invitert til å delta i telefonintervjuer i etterkant av en spørreskjemaundersøkelse blant medlemmer av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Diabetessykepleiere høsten 2017. Vi analyserte intervjuene ved bruk av tematisk analyse.

**Resultater:** Vi identifiserte tre hovedtemaer som beskriver diabetessykepleierens erfaringer: «Betydningen av en selvstendig og autonom rolle som diabetessykepleier», «Ulike roller og forskjellige forventninger» og «Varierende grad av samarbeid innad i kommunen og på tvers av tjenestenivå».

**Konklusjon:** En nærmere avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling mellom helsepersonell innad i kommunen og på tvers av tjenestenivå samt en mer hensiktsmessig bruk av ressursene vil kunne bidra til at avansert sykepleiekompetanse utnyttes bedre i primærhelsetjenesten.

Nøkkelord

Avansert sykepleiekompetanse, primærhelsetjenesten, komplekse helseutfordringer, erfaringer.

## Abstract

**Background:** The number of people with complex health conditions within the primary healthcare service is expected to increase in the years to come. This will lead to significant challenges when finding functional models for the organizing of healthcare services. The aim of the study was to explore how diabetes nurses experience their roles within the primary healthcare service, as well as how they experience their competence being utilized.

**Methods:** Qualitative interviews were conducted with eight diabetes specialist nurses in primary healthcare. The nurses, who were members of the Norwegian nurses' association's group for diabetes specialist nurses, were invited to participate in a telephone interview following a questionnaire in the autumn of 2017. We used thematic analysis to analyse the data.

**Results:** We identified three main themes which describe the experiences of the diabetes specialist nurses: «Meaning of an independent and autonomous role as a diabetes nurse», «Different roles and varying expectations» and «Differing degrees of collaboration within the municipality and across levels of service».

**Conclusion:** A clarification of the delegation of tasks and responsibilities between healthcare workers within the municipality and across service levels as well as a more appropriate use of resources could contribute to a better utilization of advanced nursing competence within primary healthcare services.

### Keywords

Advanced nursing competence, primary healthcare, complex health challenges, experiences

### Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Antall personer med diabetes er stadig økende. Det byr på vesentlige utfordringer for oppgave- og ansvarsfordelingen mellom helsepersonell, hvordan helsetjenestene organiseres, og behovet for omstilling i årene som kommer.

### Hva nytt tilfører studien?

- Ulike rammer og forutsetninger for fagutøvelsen er med på å forme diabetessykepleiernes rolle innad i kommunen.
- En mer hensiktsmessig utnyttelse av kompetansen kan bidra til å identifisere komplekse helseproblemer og vurdere tiltak på et tidligere stadium.
- Bruken av avansert sykepleiekompetanse bidrar til større grad av samarbeid og kontinuitet i behandlingsskjeden.

## Innledning

Med kortere liggetid i sykehus, en stadig eldre befolkning, økende urbanisering og endringer knyttet til levevaner er det forventet at antall personer med komplekse helseproblemer i primærhelsetjenesten vil øke i årene som kommer (Jakupovic et al., 2019). Dette byr på vesentlige utfordringer når det gjelder å finne fram til gode modeller for organiseringen av helsetjenestene, slik at kompetansen hos helsepersonellet kan utnyttes på en hensiktsmessig måte til det beste for pasientene både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Omstillingene omfatter også vurderinger av behovet for spesialisert kompetanse i primærhelsetjenesten. Ifølge Leonardsen (2020) er det nødvendig med oppgaveglidning og reorganisering av arbeidsstyrken i større grad i primærhelsetjenesten med det formål å bidra til en mer effektiv utnyttelse av kompetanse. Ved å prioritere forebygging, helsefremming og tidlig intervensjon vil kompetansen som tilføres primærhelsetjenesten i form av ny og mer spesialisert sykepleierkompetanse, kunne bidra til bedre pasientbehandling og et mer likeverdig helsetjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Meld. St. 10 (2012–2013)). Ifølge Stene et al. (2020) har mellom 316 000 og 345 000 personer i Norge diabetes. I to norske studier fra sykehjem er det vist at andelen personer med diabetes i sykehjem er mellom 15 og 19 % (Andreassen et al., 2014; Haugstvedt et al., 2016). I en studie blant hjemmeboende eldre i Bergen kommune er det vist at diabetesforekomsten i hjemmesykepleien er enda

høyere, hele 24 % (Davies et al., 2019). Det er anslått at antall personer med diabetes vil øke kraftig i årene som kommer (Guariguata et al., 2014; Saeedi et al., 2019).

Fra sentralt hold er det tatt noen grep for å få gjennomført tiltak for å utvikle mer koordinerte, personsentrerte og tverrfaglige tjenester for personer som har kronisk sykdom eller komplekse og sammensatte helseproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Diabetessykepleiere både i spesialist- og primærhelsetjenesten innehar en sykepleiekompetanse som gjør dem godt rustet til å ivareta avansert behandling og videre oppfølging av personer med diabetes. Veiledning, helsefremming og forebygging av diabetes og følgetilstander slik som for eksempel hjerte- og karsykdom, er områder som er vektlagt i utdanningen og yrkesutøvelsen (Kolltveit et al., 2021). Diabetessykepleiere med en mastergrad på 120 studiepoeng har en dobbelkompetanse i form av en klinisk diabetesfaglig spesialkompetanse og en metodekompetanse som gjør dem i stand til å ivareta kontinuerlig fagutvikling og gjennomføre forskningsprosjekt innen diabetesfaget. Det er også mulig å velge å kun ta de kliniske diabetesfaglige spesialkompetanseemnene på 60 studiepoeng. Sykepleiere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan ikke ta i bruk takster ved behandling, veiledning og oppfølging av personer med diabetes på tilsvarende måte som sykepleiere ansatt ved norske poliklinikker på sykehus (Helsedirektoratet, 2019). Dette arbeides det nå med. I et pilotprosjekt i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Regjeringen Solberg har det siden 2018 vært arbeidet med å utvikle nye modeller for å utnytte kompetansen til helsepersonellet på en bedre måte i primærhelsetjenesten (Regjeringen, 2021). Prosjektet og den endelige evalueringen er ikke ferdig. Kunnskap fra prosjekt som er gjennomført i andre vestlige land, viser at også andre helsemyndigheter har arbeidet med rolleavklaring når det gjelder oppgave- og ansvarsfordelingen mellom helsepersonell og hvordan en best mulig kan utnytte kompetansen i primærhelsetjenesten (Carney, 2016; Quallich et al., 2018).

En svensk studie (Boström et al., 2013) påpeker betydningen av å ha ledere som legger til rette for at diabetessykepleiere skal kunne utvikle og ta et tydelig ansvar når det gjelder behandling, veiledning og oppfølging av personer med diabetes i primærhelsetjenesten.

I Norge er det tydelig beskrevet i nasjonale faglige retningslinjer for diabetes at personer med diabetes type 2 hovedsakelig skal følges opp i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018). Det er da bekymringsfullt at studier fra norsk allmennpraksis (Bakke et al., 2017; Bakke et al., 2019) viser at det til tross for mye oppmerksomhet på systematiske kvalitetsmålinger i legepraksiser (i Rogaland, Vestland, Viken og Nordland) over flere år fortsatt er mange pasienter som ikke når de anbefalte behandlingsmålene for langtidsblodsukker (HbA1c), blodtrykk og lipidnivå. Dette viser at behandlingen og oppfølgingen av personer med diabetes er langt fra ideell. Funn fra en nylig publisert studie som ble gjennomført i Norge, viser at fastleger opplever å ha liten anledning til å målrettet identifisere personer som er i risiko for å utvikle diabetes type 2. Å følge dem opp ved manifest sykdom er også en krevende oppgave (Hare et al., 2021). For å kunne utnytte kompetansen hos ulike grupper av helsepersonell på en mer hensiktsmessig måte har legekantoret i Austevoll tatt i bruk en primærhelseteammodell som de opplever som svært lovende (Jenssen et al., 2021). Det er diabetessykepleieren som er den koordinerende parten i diabetesbehandlingen, og som vedlikeholder og etablerer et samarbeid mellom de ulike gruppene av helsepersonell (fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og lege) ut fra pasientenes situasjon og behov. Diabetessykepleieren legger også vekt på å følge opp de nasjonale faglige retningslinjene for diabetes i sitt møte med pasienten. En studie fra primærhelsetjenesten i Sverige, der personer med diabetes type 2 har deltatt i individuelle intervju, avdekker et stort behov for en kontinuerlig behandling og oppfølging der det er vektlagt både oppfølging knyttet til medisinsk faglige vurderinger og støtte og veiledning til å mestre de daglige behandlingsutfordringene

knyttet til livsstil, medikamentdosering og anvendelse av teknisk avansert utstyr i det daglige (Husdal et al., 2021). En studie fra norsk allmennpraksis viser at fastleger i liten grad utnytter sykepleieres kompetanse (Sørensen et al., 2020). Med en stadig mer kompleks medisinsk behandling og tilgang på avansert teknologisk utstyr i diabetesbehandlingen trengs det mer forskning på behovet for spesialistkompetanse, ulike typer teamarbeid og samarbeid på tvers. Ifølge Torrens et al. er usikkerhet og utydelighet i rollen en vesentlig barriere for implementering av avansert sykepleiekompetanse i primærhelsetjenesten (Torrens et al., 2020). For å redusere rollekonflikter i forbindelse med oppgaveglidning er det nødvendig at profesjonene enes om definisjoner av hverandres oppgave- og ansvarsområder (Leonardsen, 2020). Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvilken rolle diabetessykepleiere i primærhelsetjenesten opplever at de har, og hvordan de erfarer at deres kompetanse blir brukt.

## Metode

### Deltagere

Studien har et kvalitativt design. Det ble gjennomført individuelle intervju med åtte diabetessykepleiere fra primærhelsetjenesten. Alle deltagerne var kvinner. Noen arbeidet i Sør-Norge, andre arbeidet i Midt- eller Nord-Norge. Noen hadde sitt arbeidssted i hjemmesykepleien, andre på en frisklivssentral eller legesenter. Alle hadde lang erfaring som sykepleiere (15–34 år) og som diabetessykepleiere (3–8 år). Informantene var invitert til å delta i telefonintervju i etterkant av en spørreskjemaundersøkelse blant medlemmer av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Diabetessykepleiere (NSF/FFD) høsten 2017 (Kolltveit et al., 2021). Totalt 67 av de 170 deltagerne i spørreundersøkelsen arbeidet i primærhelsetjenesten, og av disse takket åtte ja til å delta i et telefonintervju.

### Datasamling

I samarbeid med styret for NDF/FFD utviklet vi en semistrukturert intervjuguide (tabell 1). Vi ønsket å få mer innsikt i deltagerens erfaring som diabetessykepleier generelt og deres rolle i primærhelsetjenesten spesielt for å få større innsikt i hvordan de erfarte at kompetansen deres ble brukt i primærhelsetjenesten. Alle intervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren (BCHK). Etter å ha informert kort om hva som var hensikten med intervjuet, om konfidensialitet og anonymitet samt hvordan de innsamlede dataene ville bli lagret i ettertid, ble det startet lydbåndopptak. Intervjuene startet åpent ved at den enkelte beskrev sin egen erfaring og rolle og hvordan de erfarte at kompetansen deres ble brukt i primærhelsetjenesten. Deretter fulgte intervjueren opp med oppfølgingsspørsmål. Intervjuene varte i 30–55 minutter. I etterkant transkriberte BCHK alle intervjuene ordrett slik deltagerne uttrykte seg.

### Analyse av data

Vi brukte tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, 2013) for å analysere dataene. Vi gjennomførte analysen i seks faser: a) Først gjorde vi en helhetlig og gjentagende gjennomlesing av alle intervjuene. b) Deretter kodet vi hele materialet og hvert enkelt intervju slik at alle rådata ble like mye vektlagt. c) Vi foretok deretter en sortering av de ulike kodene i mulige mønster og tema i datamaterialet for hvert enkelt intervju og på tvers av de ulike intervjuene. d) Så hadde vi en gjennomgang av temaene og omorganiserte temaer som var like eller tilgrensende. Vi beveget oss fram og tilbake mellom intervjuene for å ikke miste detaljene, men samtidig beholdt vi det overordnede bildet. e) Til slutt definerte og navngav vi temaene slik

at navnene var dekkende for rådataene. f) I sluttprosessen av analysen og den skriftlige formidlingen av funnene brukte vi tid på å sette temaene i sammenheng med forskningsspørsmålet. BCHK og MG gjennomførte de tre første fasene av analysen. Deretter ble de øvrige medforfatterne involvert (EO, MF og JH) ved at vi lyttet til deres innspill på mulige mønstre og temaer og til slutt navnsetting av temaene.

### Etiske betraktninger

Prosjektet ble meldt til personvernombudet (prosjekt nr. 54852/3). Alle deltagerne i spørreundersøkelsen som arbeidet i primærhelsetjenesten (n = 67), fikk skriftlig informasjon om den kvalitative oppfølgingsstudien fra NSF/FFDs faggruppelider via e-post. De som ville takke ja til å delta, sendte deretter samtykke til den oppgitte e-posten til prosjektlederen, som var inkludert i prosjektinformasjonen. Vi lagret alle de transkriberte intervjuene i forskningsserveren til Høgskulen på Vestlandet og slettet lydfilene.

### Funn

Tre hovedtema ble utviklet for å beskrive diabetessykepleiernes erfaringer: «Betydningen av en selvstendig og autonom rolle som diabetessykepleier», «Ulike roller og forskjellige forventninger» og «Varierende grad av samarbeid innad i kommunen og på tvers av tjenestenivå».

#### Betydningen av en selvstendig og autonom rolle som diabetessykepleier

Rollen som diabetessykepleier ble opplevd som mer autonom når kompetansen til å gjøre egne vurderinger og ta selvstendige beslutninger ble anerkjent. Det var viktig for sykepleierne å ha en klar funksjonsbeskrivelse som definerte og gav retning til diabetessykepleieres oppgaver i behandlingen. Noen av informantene erfarte at deres funksjon var mer tydelig beskrevet ved arbeidsplassen enn andre, og at lederne sørget for at det var på plass en stillingsbeskrivelse for diabetessykepleiernes ansvars- og arbeidsoppgaver. Dette ble uttrykt slik:

«Hos oss ved dette legesenteret så har vi en lege som er primus motor, og har utviklet en modell for hvordan vi skal gjøre det praktisk, han er engasjert og er veldig på å bygge opp dette, så vi har en stor vilje på dette senteret for å ha en diabetessykepleier funksjon. Alt er nedskrevet og satt i et system, hva er mine arbeidsoppgaver, og hva er legen sine» (Sykepleier 1).

Dette var i kontrast til andre diabetessykepleiere for eksempel i hjemmesykepleien, som opplevde at det ikke var noen klart definert stilling de kunne tiltre i etter endt videreutdanning. Det var en som beskrev det slik:

«Jeg opplever at diabetesomsorgen ligger langt nede på prioriteringslisten i min kommune. Kommunen vet om kompetansen min, men de bruker den ikke.» (Sykepleier 3)

Det å ha et kontor tilgjengelig for å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene de hadde, var viktig. Det var også nødvendig å ha en timebok til avtaler samt å bli inkludert i et samarbeid med annet helsepersonell om pasientene. Samtidig var det viktig at de selv var engasjert og selvstendige. Da opplevde de at i funksjonen som diabetessykepleier hadde de en faglig tyngde, og at de ble sett på som en viktig ressurs. Dette kom blant annet til uttrykk slik:

«En må være engasjert og selvstendig, kunne se seg selv i lag med de andre helsepersonell gruppene som arbeider med de samme pasientene. En kan ikke være usikker, og en må kunne gi tilbakemelding til annet helsepersonell» (Sykepleier 5).

Noen diabetessykepleiere fikk støtte fra arbeidsgiveren for å ta videreutdanning, og etter endt eksamen gikk de inn i en stilling som diabetessykepleier på arbeidsplassen. Andre informanter fortalte at kommunen hadde opprettet en prosjektlederstilling som de kunne tiltre for eksempel ved oppretting av en frisklivssentral. En av diabetessykepleierne beskrev det slik:

«Jeg vet at kommunen er positiv til min kompetanse, og det blir sett på hvilke muligheter de har til å bruke min kompetanse best mulig og på rett plass» (Sykepleier 5).

Nødvendigheten av å se nærmere på dagens ordninger for å finansiere bruken av avansert sykepleiekompetanse i primærhelsetjenesten var noe alle diabetessykepleierne var opptatt av, men det kom tydeligst til uttrykk hos diabetessykepleiere som var ansatt ved fastlegekontor. Det at det ikke var mulig for diabetessykepleierne å bruke det gjeldende takstsystemet for konsultasjoner ved fastlegekontoret, opplevde de som uforståelig og begrensende for fagutøvelsen. De opplevde at denne praksisen stod i sterk kontrast til dagens takstsystem i spesialisthelsetjenesten. En av diabetessykepleierne uttalte seg slik:

«På sykehusene kan diabetessykepleierne ta takster selv, det kan vi ikke i kommunen. Dette systemet hindrer oss i å være selvstendige, og det er et system som er kritikkverdig. En må lage et takst system som gjør at en ikke taper penger på å forbygge diabetes i primæromsorgen» (Sykepleier 8).

### Ulike roller og forskjellige forventninger

Diabetessykepleierne opplevde at kompetansen deres kunne brukes på ulike vis avhengig av hvordan helsetjenesten var organisert, og hvilke forventninger for eksempel legene hadde til dem. Noen opplevde å kunne bruke kompetansen sin ved fastlegekontor ved at de gjennomførte konsultasjoner med søkelys på mestrings- og motivasjonsaspekter i den daglige diabetesoppfølgingen og behandlingen, veiledning i bruk av praktiske hjelpemidler, ny teknologi og digitale løsninger. En sykepleier karakteriserte behandlingen og oppfølgingen av personer med diabetes slik:

«Behandlingen er blitt mye mer systematisk fordi jeg selv har mer innsikt i hva som skal gjøres, og det har også skjedd en endring hos legene der jeg arbeider..... de er tryggere på meg og lener seg mer på meg i forhold til at de ser på meg som er den som er mest oppdatert ..... også det å tenke mer helhetlig i forhold til for eksempel prediabetes / metabolsk syndrom» (Sykepleier 1).

Andre diabetessykepleiere opplevde at kompetansen deres til å kunne følge opp pasienten over tid og systematisk evaluere effekt av behandlingen gjennom gode dokumentasjonssystem og -rutiner i hjemmesykepleien var en av de viktigste oppgavene de hadde. Sykepleierne som opplevde at kompetansen deres ble verdsatt og brukt, viste til at de kunne bidra til forebygging av komplikasjoner knyttet til diabetessykdommen og behandlingen. Gjennom oppfølging relatert til kost, aktivitet og medisindosering kunne de bidra til å forhindre akutte komplikasjoner slik som hypoglykemi, funksjonsnedsettelse på grunn av fall hos eldre brukere i hjemmetjenestene og tiltak for å bedre egenmestring hos personer med

vanskelig regulerbar diabetes. De opplevde også at de hadde en viktig funksjon i forbindelse med oppstart av insulinbehandling. Det kom også fram at diabetessykepleierne innehar en viktig kompetanse til å identifisere risikopasienter tidlig og å bidra til tidlig intervensjon der pasientene bor:

«Dette er et lavterskeltilbud. Vi kan diskutere alt rundt temaet diabetes, alt fra blodsukkermåling, medisiner og injeksjonsteknikk, litt sånn praktisk rettet samtale...» (Sykepleier 5).

Diabetessykepleierne fortalte at en annen viktig oppgave var kvalitetssikring av diabetesbehandlingen gjennom å utføre ulike prosedyrer og oppfølging gjennom utfylling av Noklus diabetesskjema. Det å trygge tjenestene ved å sikre at nasjonale faglige retningslinjer ble fulgt, opplevde de som vesentlig for å gi den enkelte pasienten den beste tilgjengelige behandlingen og oppfølgingen uansett livssituasjon eller sykdomsaktivitet. En diabetessykepleier sa det slik:

«Jeg har et ansvar i å forholde meg til retningslinjene og kjenne til reglementet, regler og lover. Så er det jo også dette med å skape en dialog og trygghet hos pasientene. Ivareta de på en best mulig måte, og samtidig formidle faglige råd etter retningslinjene» (Sykepleier 1).

Årskontroll ved diabetes var en av oppgavene flere av diabetessykepleierne på legekantor erfarte at de kunne bidra mye i, men som de i varierende grad var involvert i. Undervisning internt og ved andre institusjoner, for eksempel sykehjem, var oppgaver de fleste diabetesykepleiere på legekantor også utførte i større eller mindre grad.

Varierende grad av samarbeid innad i kommunen og på tvers av tjenestenivå  
Diabetessykepleierne opplevde at ulike rammer og forutsetninger for fagutøvelsen formet rollen deres og muligheten til å bidra på en konstruktiv måte. De som opplevde at de fikk brukt kompetansen sin i praksis, beskrev at det betydde mye å ha et nært samarbeid med øvrig helsepersonell som ble involvert etter behov. I hvilken grad et slikt samarbeid fungerte, hadde sammenheng med både kultur og tradisjon. Nødvendigheten av å ha datasystem som var kompatible med hverandre, kom tydelig fram som en viktig forutsetning for samarbeid. Sykepleierne opplevde at mangel på integrering av datasystem som var kompatible, var en hemmende faktor for samarbeid på tvers innad i kommunen og mellom helsetjenestenivå.

Flere sykepleiere i kommunehelsetjenesten erfarte at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ble forbedret ved at kommunehelsetjenesten kunne tilby et definert og konkret system og tilbud som ivaretar diabetesbehandlingen utenfor sykehus på en systematisk og målrettet måte. Dette var noe som gav økt trygghet for alle parter i helsetjenesten. Diabetessykepleierne kunne i lys av sin kunnskap om diabetesbehandling og oppfølging, samt kunnskap om de nasjonale retningslinjene for diabetesbehandling, bidra til at lokale tiltak overfor enkeltpasienter og grupper kunne bli formulert på en måte som alle i kommunen kunne forholde seg til. En sykepleier fra hjemmesykepleien sa det slik:

«Det at vi har et system ute i kommunehelsetjenesten bedrer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fordi vi opplever at vi får pasienter raskt i retur fordi det vet at vi har et system som kan ivareta diabetes oppfølgingen» (Sykepleier 4).

Det å være et bindeledd innad i kommunen mellom ulike enheter i tillegg til å bidra til et effektivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten ble poengtert av sykepleierne. Ved at kom-

munens diabetessykepleier samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, bidro det til større grad av kontinuitet i behandlingsskjeden.

## Diskusjon

I intervjuene kom det fram at diabetessykepleierne opplevde at andres forventninger til deres rolle og oppgaver som sykepleier med spesialkompetanse kunne være uklare. Deres kompetanse ble brukt i varierende grad i de ulike kommunene. Det var noen utfordringer både når det gjaldt organisering, arbeidsdeling og rammer for fagutøvelsen. Men funn fra vår undersøkelse viser også at kompetansen til å gjøre egne vurderinger og ta selvstendige beslutninger ble anerkjent, og at diabetessykepleierne da hadde en opplevelse av å være en viktig ressurs for kommunen. Nasjonale føringer framhever nødvendigheten av at behandling utenfor sykehus er adekvat, og at rutiner for oppfølging og dokumentasjon følger de nasjonale diabetesfaglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2018). Diabetessykepleierne i vår studie erfarte å ha en betydelig faglig tyngde, men at deres kunnskap og vurderinger av pasientenes helhetssituasjon ikke var tilstrekkelig utnyttet i alle kommuner når det gjelder samarbeidet med leger og annet helsepersonell. Forskning viser at en mer effektiv utnyttelse av spesialistkompetanse innen diabetes i primærhelsetjenesten kan bidra til bedre pasientbehandling, og at tett oppfølging er avgjørende for å kunne identifisere personer med økt risiko for å utvikle diabetes type 2 på et så tidlig stadium som mulig slik at videre oppfølging kan starte (Dambha-Miller et al., 2021; Dambha-Miller et al., 2019). Det er også vist at en årvåken oppfølging av blodtrykk og lipider kan bidra til å redusere risikoen for hjerte- og karsykdom hos personer med diabetes (Gjelsvik et al., 2019). Det finnes etter hvert mye forskning på at livsstilintervensjoner har betydelige helseeffekter både når det gjelder forebygging av diabetes type 2 og for å forhindre eller forsinke utvikling av senkomplikasjoner ved en manifest diabetesdiagnose (Lean et al., 2018, 2019).

Diabetessykepleierne i vår studie opplevde at det var en variasjon når det gjaldt å bruke kompetansen deres i kommunene der de arbeidet. I en større internasjonal studie blant 8596 personer med diabetes type 2 i 17 land (Nicolucci et al., 2013) kom det fram at personer som har diabetes, får en relativt overfladisk opplæring knyttet til daglige behandlingsrelaterte oppgaver. De rapporterte også at psykiske aspekt knyttet til egenbehandling og egenmestring ble vektlagt i for liten grad. For at personer med diabetes skal kunne følge opp sykdommen og behandlingen i det daglige, trenger de kunnskap og konkret veiledning og støtte til å håndtere egenbehandlingen på hjemmebane best mulig (Husdal et al., 2021). Studier fra andre land har vist at en teambasert tilnærming der både en lege og en sykepleier bidrar i behandlingen, gir en signifikant positiv effekt på mestring av egen sykdom (Berkowitz et al., 2018; Conlon, 2010; Lee et al., 2021; Martínez-González et al., 2014). Forskning gjennomført i USA og Australia viser også at arbeidsdeling basert på hver enkelt medarbeiders spesialkompetanse er essensielt for personer med komplekse helseproblem og kroniske sykdommer (Berkowitz et al., 2018; Boyle et al., 2016). Ifølge Leonardsen bør det i fagmiljøet først og fremst være søkelys på hva som tjener pasientene best når en diskuterer etableringen av nye mastergrader i primærhelsetjenesten som gir spesialistkompetanse for sykepleiere (Leonardsen, 2020). En mer hensiktsmessig utnyttelse av ulike gruppers kompetanse bør verdsettes som en viktig ressurs og ikke som noe som kan true hierarkiet i den etablerte arbeidsstyrken.

For å bidra til hensiktsmessige og effektive helsetjenester til personer med komplekse helseproblem er det nødvendig at ulike grupper samarbeider på tvers av profesjoner og tjenestenivå (Burrige et al., 2017). Våre funn understøtter dette ettersom diabetessykeplei-



erne opplevde at det var viktig at ansvars- og arbeidsoppgavene deres var klart definerte og avklarte i det tverrfaglige teamet. Funnene våre støttes av Lee et al., som fant at kliniske utkommemål slik som langtidsblodsukker og blodtrykk hos voksne personer med diabetes var forbedret der helsetjenestene var organisert i team med en klar rollefordeling (Lee et al., 2021). Det viser seg at en tydelig definisjon av helsepersonells ulike roller i primærhelsetjenesten er viktig for å sikre oppfølgingen av den enkelte pasienten (Freund et al., 2015). For diabetessykepleierne i vår studie var det å kunne arbeide selvstendig betinget av at de kunne ha egne timebøker, og at lederne sørget for at det var på plass en stillingsbeskrivelse for diabetessykepleierens arbeidsoppgaver og funksjonsområder. En slik rolleavklaring med en klar stillingsbeskrivelse og en plass å utføre arbeidsoppgavene på ser vi også i andre studier (Gucciardi et al., 2016; Torrens et al., 2020). Slik kunne forventningene om en mer selvstendig og autonom rolle i primærhelsetjenesten bli tydelig for alle samarbeidspartnere. Som Torrens et al. (2020) beskrev, trengs det en konsensus om roller innad i et team. Det å arbeide med en integrert rolleforståelse er vesentlig for en vellykket implementering av nye roller for sykepleiere med spesialistkompetanse i primærhelsetjenesten (Torrens et al., 2020). Diabetessykepleiere i studien vår understreket at de ved å være et bindeledd mellom ulike enheter innad i kommunen også bidro til et mer effektivt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med intensjonen om en mer sømløs tjeneste i framtiden (St.meld. nr. 47 (2008–2009); Helsedirektoratet, 2018). Det er vesentlig at det foreligger konsensus om oppgavedeling, og at forståelsen av autonomi, aksept av kompetanse og ikke minst faktorer knyttet til lederskap og finansielle ordninger, er avklart. Det er nødvendig at flere kommuner arbeider mer systematisk med å tydeliggjøre diabetessykepleierens rolle både i behandlingstilbudet og for å etablere rutiner og system som sikrer tidlig identifisering av personer i risiko.

Den norske legeförening har uttrykt bekymring for en økende fragmentering av oppgavene rundt å identifisere og følge opp personer som er i risiko for å utvikle diabetes type 2, og oppfølgingen av de som allerede har utviklet sykdommen, ved å flytte oppfølgingen til andre lavterskeltilbud utenfor fastlegekontoret ettersom det er lagt stadig flere oppgaver og større ansvar til stillingen som fastlege (Hanger, 2016). Dette har sammenheng med at en person med risiko for å utvikle kronisk sykdom gjerne også har andre sammensatte helseutfordringer og dermed bør følges opp av fastlegen. En slik bekymring er forståelig og bør tas på alvor. For å utvikle gode modeller for organiseringen av helsetjenestene i primærhelsetjenesten er det uten tvil et stort potensial i å utnytte diabetessykepleieres kunnskap og kompetanse på en bedre måte. En bedre organisering av tjenestetilbudet og en mer målrettet bruk av ressursene vil kunne løse noen av utfordringene knyttet til kortere liggetid i sykehus, en stadig eldre befolkning, økende urbanisering og endringer knyttet til levevaner. I vår undersøkelse opplevde deltagerne at dagens finansieringsordning var en hemsko for å ta i bruk diabetessykepleierens kompetanse i primærhelsetjenesten. For å gi dem mulighet til å ta en mer selvstendig og autonom rolle i diabetesbehandling, veiledning og oppfølging må det etableres en mer egnet praksis for finansiering av stillingene. Slik vil vi kunne sikre en mer effektiv og bærekraftig utnyttelse av ny og mer spesialisert sykepleierkompetanse i primærhelsetjenesten. Gjennom en økt satsing på forebygging, helsefremming og tidlig intervensjon kan sentrale helsepolitiske mål oppnås, og vi er derved sikret en bedre pasientbehandling og et mer likeverdig helsetjenestetilbud.

I oversiktsartikkelen til Torrens et al. (2020) kom det også tydelig fram at faktorer knyttet til lederskap og finansielle ordninger, hadde stor betydning for implementeringen av nye roller for sykepleiere med spesialistkompetanse i primærhelsetjenesten (Torrens et al., 2020).

Funnene viser at det er behov for en nærmere rolleavklaring når det gjelder oppgave- og ansvarsfordeling mellom helsepersonell, og en mer hensiktsmessig utnyttelse av ressursene for å kunne utnytte diabetessykepleieres avanserte sykepleiekompetanse på en mer tilfredsstillende måte i primærhelsetjenesten. Sykepleierne tilsatt i kommunen opplevde at det var et potensial for å kunne utnytte deres spesialkompetanse til å gjøre egne vurderinger og ta selvstendige beslutninger på en bedre måte.

### Studiens styrker og begrensninger

En svakhet ved denne studien er at deltagerne kun var rekruttert blant medlemmer som hadde svart på en spørreskjemaundersøkelse i NSF/FFD. Dette må tas i betraktning i tolkningen av resultatene. I tillegg var det bare åtte av totalt 67 deltagere fra primærhelsetjenesten i spørreundersøkelsen som svarte ja til å delta i telefonintervjuene. Det er på den andre siden en styrke at informantene var rekruttert både fra hjemmesykepleien, fastlegekontor og frisklivssentraler. De hadde derfor ulike erfaringer og kunne bidra til en større bredde i beskrivelsen av sine arbeidsoppgaver og funksjonsområder. Ettersom intervjuene ble gjennomført som telefonintervju, var det også stor geografisk variasjon blant deltagerne. Det er også en styrke at flere medforfattere med ulik bakgrunn bidro i analysen av dataene og gav innspill og bidrag i skriveprosessen.

### Konklusjon

Funnene viser at det er behov for en nærmere avklaring når det gjelder oppgave- og ansvarsfordeling mellom helsepersonell innad i kommunen og på tvers av tjenestenivå. Det er også behov for å tenke mer helhetlig i helsesektoren rundt økonomi og finansiering for å kunne utnytte diabetessykepleieres avanserte sykepleiekompetanse på en mer tilfredsstillende måte i primærhelsetjenesten. En mer hensiktsmessig bruk av ressursene vil kunne bidra til bedre pasientbehandling gjennom å utnytte avansert sykepleiekompetanse til å identifisere komplekse helseproblem mer systematisk og vurdere tiltak på et tidligere stadium.

*Takk til informantene som sa ja til å delta med sine erfaringer. Uten dere ville studien ikke vært mulig. Takk til styret i Faggruppen for Diabetessykepleiere, Norsk Sykepleierforbund for tilrettelegging av datasamlingen i studien og verdifulle innspill i design av studien.*

*Ingen finansiering.*

*Ingen interessekonflikter.*

### Referanser

- Andreassen, L. M., Sandberg, S., Kristensen, G. B. B., Sølvik, U. Ø. & Kjome, R. L. S. (2014). Nursing home patients with diabetes: prevalence, drug treatment and glycemetic control. *Diabetes research and clinical practice*, 105(1), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.04.012>
- Bakke, Å., Cooper, J. G., Thue, G., Skeie, S., Carlsen, S., Dalen, I., Løvaas, K. F., Madsen, T. V., Oord, E. R. & Berg, T. J. (2017). Type 2 diabetes in general practice in Norway 2005–2014: moderate improvements in risk factor control but still major gaps in complication screening. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 5(1), e000459. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2017-000459>

- Bakke, Å., Tran, A., Dalen, I., Cooper, J., Løvaas, K., Jennum, A., Berg, T., Madsen, T., Nøkleby, K. & Gjelsvik, B. (2019). Population, general practitioner and practice characteristics are associated with screening procedures for microvascular complications in Type 2 diabetes care in Norway. *Diabetic Medicine*, 36(11), 1431–1443. <https://doi.org/10.1111/dme.13842>
- Berkowitz, S. A., Eisenstat, S. A., Barnard, L. S. & Wexler, D. J. (2018). Multidisciplinary coordinated care for type 2 diabetes: a qualitative analysis of patient perspectives. *Primary care diabetes*, 12(3), 218–223. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.01.005>
- Boström, E., Hörnsten, Å., Lundman, B., Stenlund, H. & Isaksson, U. (2013). Role clarity and role conflict among Swedish diabetes specialist nurses. *Primary care diabetes*, 7(3), 207–212. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2013.04.013>
- Boyle, E., Saunders, R. & Drury, V. (2016, Jul). A qualitative study of patient experiences of Type 2 Diabetes care delivered comparatively by General Practice Nurses and Medical Practitioners. *J Clin Nurs*, 25(13–14), 1977–1986. <https://doi.org/10.1111/jocn.13219>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage.
- Burridge, L. H., Foster, M. M., Donald, M., Zhang, J., Russell, A. W. & Jackson, C. L. (2017). A qualitative follow-up study of diabetes patients' appraisal of an integrated diabetes service in primary care. *Health & social care in the community*, 25(3), 1031–1040. <https://doi.org/10.1111/hsc.12402>
- Carney, M. (2016). Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of nursing management*, 24(1), 105–114. <https://doi.org/10.1111/jonm.12278>
- Conlon, P. C. (2010). Diabetes outcomes in primary care: evaluation of the diabetes nurse practitioner compared to the physician. *Primary Health Care*, 20(5). <https://doi.org/10.7748/phc2010.06.20.5.26.c7809>
- Dambha-Miller, H., Day, A., Kinmonth, A. L. & Griffin, S. J. (2021). Primary care experience and remission of type 2 diabetes: a population-based prospective cohort study. *Family Practice*, 38(2), 141–146. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa086>
- Dambha-Miller, H., Feldman, A. L., Kinmonth, A. L. & Griffin, S. J. (2019). Association between primary care practitioner empathy and risk of cardiovascular events and all-cause mortality among patients with type 2 diabetes: A population-based prospective cohort study. *The Annals of Family Medicine*, 17(4), 311–318. <https://doi.org/10.1370/afm.2421>
- Davies, T. T., Graue, M., Igländ, J., Tell, G. S., Birkeland, K. I., Peyrot, M. & Haltbakk, J. (2019). Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being. *Diabetic Medicine*, 36(1), 96–104. <https://doi.org/10.1111/dme.13790>
- Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L. & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International journal of nursing studies*, 52(3), 727–743. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014>
- Gjelsvik, B., Tran, A. T., Berg, T. J., Bakke, Å., Mdala, I., Nøkleby, K., Cooper, J. G., Claudi, T., Løvaas, K. F. & Thue, G. (2019). Exploring the relationship between coronary heart disease and type 2 diabetes: a cross-sectional study of secondary prevention among diabetes patients. *BJGP open*, 3(1). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101636>
- Guariguata, L., Whiting, D. R., Hambleton, I., Beagley, J., Linnenkamp, U. & Shaw, J. E. (2014). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes research and clinical practice*, 103(2), 137–149. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.11.002>

- Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A. & Dorado, L. (2016). Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care. *BMC family practice*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0407-1>
- Hanger, M. R. (2016). Advarer mot fragmentering av tilbudet. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/25/frykter-fragmentert-tilbud-i-kommunene/>
- Hare, L., Hetlevik, A., Yogarajan, R., Kjome, R. L. S. & Sølvik, U. Ø. (2021). Type 2 diabetes in general practice—a focus-group study. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0623>
- Haugstvedt, A., Aarflot, M., Igland, J., Landbakk, T. & Graue, M. (2016). Diabetes knowledge in nursing homes and home-based care services: a validation study of the Michigan Diabetes Knowledge Test adapted for use among nursing personnel. *BMC nursing*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0159-1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonalt Diabetesplan 2017–2021*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonaldiabetesplan-2017-2021/id2582010/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonale retningslinjer diabetes*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Helsedirektoratet. (2019). *Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/egenandeler-og-pasientbetaling-ved-poliklinisk-helsehjelp>
- Husdal, R., Thors Adolphsson, E., Leksell, J. & Nordgren, L. (2021). Diabetes care provided by national standards can improve patients' self-management skills: A qualitative study of how people with type 2 diabetes perceive primary diabetes care. *Health Expectations*, 24(3), 1000–1008. <https://doi.org/10.1111/hex.13247>
- Jakupovic, H., Schnurr, T., Carrasquilla, G., Grarup, N., Sorensen, T., Tjonneland, A., Overvad, K., Pedersen, O., Hansen, T. & Kilpelainen, T. (2019). Obesity and unfavourable lifestyle increase type 2 diabetes-risk independent of genetic predisposition. *Diabetologia*, 62(Suppl. 1), S188. <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05140-5>
- Jenssen, T. G., Kristensen, B., Uglenes, I., Larsen, L. S. & Allgot, B. (2021). Primærhelseteam med diabetespsykepleier er en løsning. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0999>
- Kolltveit, B.-C. H., Fløde, M., Orvik, E., Haltbakk, J. & Graue, M. (2021). Diabetespsykepleiers ansvars-og funksjonsområder i helsetjenesten (HVL-rapport nr. 18). <https://hdl.handle.net/11250/2786665>
- Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A. & Hollingsworth, K. G. (2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet*, 391(10120), 541–551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1)
- Lean, M. E., Leslie, W. S., Barnes, A. C., Brosnahan, N., Thom, G., McCombie, L., Peters, C., Zhyzhneuskaya, S., Al-Mrabeh, A. & Hollingsworth, K. G. (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(5), 344–355. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30068-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30068-3)
- Lee, J. K., McCutcheon, L. R., Fazel, M. T., Cooley, J. H. & Slack, M. K. (2021). Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 4(2), e2036725–e2036725. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36725>
- Leonardsen, A.-C. L. (2020). Oppgaveglidning kan gi bedre helsetjenester. *Sykepleien*, 108(80852), e-80852. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80852>

- Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M. & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 14(1), 214. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-214>
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., Kokoszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. E. & Stuckey, H. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 767–777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>
- Quallich, S. A., Grauengaard, J., Ohl, D. A. & Sønksen, J. (2018). Review of advanced nursing practice in Denmark with an exemplar. *International Journal of Urological Nursing*, 12(2–3), 96–99. <https://doi.org/10.1111/ijun.12170>
- Regjeringen. (2021). *Teamarbeid gir bedre pasientoppfølging*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/evaluering-av-forsok-med-primarhelseteam-3-rapport/id2830492/>
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A. & Ogurtsova, K. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes research and clinical practice*, 157, 107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Stene, L. C., Ruiz, P. L.-D., Åsvold, B. O., Bjarkø, V. V., Sørgerd, E. P., Njølstad, I., Hopstock, L. A., Birkeland, K. I. & Gulseth, H. L. (2020). Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 140(17). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0849>
- Sørensen, M., Groven, K. S., Gjelsvik, B., Almendingen, K. & Garnweidner-Holme, L. (2020). The roles of healthcare professionals in diabetes care: a qualitative study in Norwegian general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 38(1), 12–23. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1714145>
- Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R. & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>

**Tabell 1** Intervjuguide

<b>Innledning:</b>	
Kan du si litt om deg selv: jobb, erfaring og utdanning?	<i>Kan du si noe om hvilken utdanning du har? Hvor mange studiepoeng? Hvor jobber du, og hvilken jobberfaring har du? Hvor lenge siden er det du var utdannet sykepleier? Hvor lenge siden er det du var utdannet diabetessykepleier?</i>
<b>Hoveddel:</b>	
Fortell hva du bruker tiden din til når du er på jobb.	<i>Få fram hvor mye av tiden som er relatert til diabetesomsorg, og hvor mye er andre oppgaver?</i>
Fortell hvilke arbeidsoppgaver du har.	
Hva er innholdet i disse arbeidsoppgavene?	<i>Er diabetesomsorg spesialfeltet? Arbeidsoppgaver andre plasser i kommunen? Hva? Hvordan? Eksempel??</i>
Hva innebærer det for deg at du har disse arbeidsoppgavene?	
Hva fungerer bra på den måten du arbeider nå?	<i>Hvilke tanker har informanten om dette? Hvilke erfaringer har informanten?</i>
Hva fungerer mindre bra?	
Hva innebærer det for pasientene at du har disse arbeidsoppgavene, tenker du?	<i>Hvordan samsvarer det med hva du tenker bør være din rolle?</i>
Hva tenker du er din rolle som diabetessykepleier der du arbeider?	<i>Hvordan samsvarer det med hva du tenker bør være ditt ansvar? Får du mulighet til å ta det ansvaret?</i>
Hvordan erfarer du at din rolle er tilrettelagt for deg?	
Hva tenker du er ditt ansvar når du er på jobb?	<i>Tid? Samarbeid? Praktisk tilrettelegging? Økonomi?</i>
Hvordan erfarer du samspillet med de andre ansatte på jobben / kollegaer?	<i>Får informanten støtte? Fra hvem? Hvordan? Eksempel??</i>
Hvordan er arbeidskulturen der du arbeider når det gjelder å arbeide selvstendig?	<i>Får informanten støtte for å jobbe selvstendig og bruke tid til egne konsultasjoner og oppfølging?</i>
<b>Avslutning:</b>	
Når alt kommer til alt:	
Hva er det viktigste du gjør på jobben?	<i>Hvordan er utdanningen relevant sett i lys av hva du gjør, og hvilket ansvar du har? Hva bør framtidens utdanning fokusere på? Hva har du fått mest bruk for i din utdanning?</i>
Hva er det viktigste du har ansvar for på jobben?	
Hvordan ser du for deg framtidens diabetessykepleierrolle?	
Hvilke oppgaver bør de ha?	
Kan du si noe om utdanning opp mot ansvar og rolle du har?	