

Omvårdnadskvalitet i kommunal diabetesvård

”.... kunskap om diabetes är viktigt, men också boendes integritet...”

Anita Carlson

Nuha Saleh Stattin

Antalet boende med diabetes i kommunala särskilda boendeformer är högt och kommer också att öka i framtiden. En tidigare studie av kosthantering och måltidsordning i särskilda boendeformer, visade bl a att personalens kostkunnande ofta var bristfällig. Den här presenterade undersökningen visade liknande resultat tillsammans med en hög ambitionsnivå bland personalen.

Anita Carlsson är leg. psykolog, dr med och ansvarig för verksamheten vid LUCD. Nuha Saleh Stattin är diabetessköterska och lärare vid LUCD samt doktorand vid socialmedicinska institutionen, Uppsala.

BAKGRUND

Diabetes

Diabetes Mellitus är en kronisk sjukdom som drabbar ca 3 procent av befolkningen. Vanligast är diabetes typ 2 som kan drabba över 10 procent i åldersgruppen 65 år och äldre. För ett fullgott omhändertagande krävs en välorganiserad vård på och mellan vårdnivåer. Tidig upptäckt av komplikationer till sjukdomen - skador på framförallt ögon, njurar, hjärta och blodkärl samt fötter - kräver regelbundna undersökningar och provtagningar och samarbete mellan olika specialiteter. Insjuknandet i typ 2 diabetes är vanligtvis ”tyst” - dvs inga för den drabbade alarmerande symtom. Detta kan leda till försenad upptäckt av sjukdomen, vilket ytterligare ökar riskerna för handikappande komplikationer. Sjukdomen kräver också en omfattande egenvård - patienten måste själv kunna sköta sin sjukdom dagligen i bland annat sin mathållning, sina motionsvanor och sin medicering.

Omvårdnadskvalitet i kommunala boendeformer

Äldre patienter boende på sjukhem, ålderdomshem eller i servicebostäder har inte samma förutsättningar som

yngre i egen bostad att sköta sin egenvård - ålder och andra sjukdomar kan utgöra hinder, man når inte över mathållningen själv, fysiska handikapp kan begränsa rörligheten, mentala handikapp kan göra att man förlostrar eller har svårt att ta till sig kunskaper om sin diabetes, etc. Det är således av stor vikt att den personal som finns närmast dessa boende har förutsättningar och kunskaper att ”ta över” den del av egenvården som den boende inte längre klarar själv. I vilken utsträckning dessa förutsättningar och kunskaper finns vet vi idag mycket lite om.

En omfattande studie av kosthantering och måltidsordning i särskilda boendeformer (1) visade bl a att personalens kostkunnande ofta var bristfälligt och att man inte i alla grupper på ett systematiskt sätt tog reda på vad de boende behövde/önskade. Brister liknande dessa kan få svåra konsekvenser för boende med diabetes.

Antalet boende med diabetes i kommunala särskilda boendeformer kommer också med stor sannolikhet att öka i framtiden - dels genom en förutspädd ökad förekomst av diabetes typ 2, dels genom att vi får en högre andel äldre äldre i befolkningen. Det är därför av stor vikt att ta reda på hur diabetesvården inom kommunala särskilda boendeformer är organiserad och hur förutsättningarna för en god omvårdnad kan stärkas.

Föreliggande studie har genomförts av Landstingets UndervisningsCentrum för Diabetes (LUCD) med stöd av Socialstyrelsens Ädel-50 medel och i samarbete med Norrtälje kommun.

Frågeställningar

Undersökningens *frågeställningar* var:

1. Hur var omhändertagandet av boende med diabetes organiserat vid enheterna - vårdprogram/skrivna riktlinjer, ansvarsfördelning mellan sjuksköterska och vårdbiträde/undersköterska (delegeringar), fortbildning för personal?

2. Vilken kunskap/medvetenhet fanns bland personal närmast den boende om egenvårdens betydelse eller vad som bör ingå i god omvårdnad?

3. Vilka utbildnings- eller andra insatser kan underlätta omhändertagandet av diabetespatienter beroende av kommunal omvårdnad.

Projektorganisation och genomförande

Undersökningen omfattade samtliga enheter för särskilt boende inom Norrtälje kommun:

- två sjukhem med totalt 184 boende;
- fyra ålderdomshem med totalt 157 boende;
- fem enheter för gruppboende med totalt 38 boende;
- sju servicehus med totalt 279 boende.

Vid dessa enheter arbetade sammanlagt 21 grupper av vårdpersonal ledda av 20 föreståndare.

Projektet genomfördes under vintern - våren 1995-96 av en projektgrupp från LUCD under ledning av en erfaren diabetessköterska. En referensgrupp bestående av medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen, representant för äldreomsorgens ledning, representant för verksamheternas ledning samt representant för sjukvårdsområdets beställarstab följde projektet. Referensgruppen deltog i planeringen av projektet genom synpunkter på uppläggning och instrument samt ansvarade för att arrangera ett antal seminarier för återkoppling.

Projektet genomfördes i fyra delar:

1. Besök på arbetsplatserna för presentation av projektet och diskussion om arbetsgruppens erfarenheter av boende med diabetes. Projektgruppen träffade samtliga 21 grupper av vårdpersonal vid totalt 17 arbetsplatsbesök.
2. Enkäter till sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, föreståndare och ansvariga för köken. Frågorna i formulären var utformade för att belysa respektive yrkesgrupps arbetsuppgifter, kunskaper och attityder vad gällde diabetessjukdomen och boende med diabetes. Frågeformulär sändes till totalt 20 föreståndare, 49 sjuksköterskor och åtta ansvariga för kök/matlagning. Varje föreståndare delade ut enkäter till vårdbiträden och undersköterskor vid respektive enhet - totalt ca 550.
3. Ansvarig sjuksköterska vid varje enhet ombads att för var och en av enhetens boende med diabetes fylla i ett registreringsformulär med medicinska och omvårdnadsuppgifter.
4. Resultaten från ovanstående diskuterades vid möten med referensgruppen och vid fyra seminarier med deltagande av sammanlagt ca 120 föreståndare, sjuksköterskor, vårdbiträden och undersköterskor från den studerade verksamheten.

RESULTAT

Inledning

Boende med diabetes

Totalt uppgavs 111 av 658 boende ha diabetes (17 procent, vecka 9, 1996). Tjugoen av de boende med diabetes vårdades vid något av de två sjukhemmen, övriga bodde i servicehus, ålderdomshem eller gruppboende. (De tre senare boendeformerna benämner vi fortsättningsvis "övriga boendeformer".)

Av de 111 boende med diabetes var 37 män och 74 kvinnor. För 87 patienter fanns uppgift om typ av diabetes. Av dessa uppgavs 19 ha diabetes typ 1 och 68 typ 2. Fördelning på olika behandlingsformer visas i *tabell 1*. Över hälften av de boende med diabetes var över 80 år och bara 5 procent under 71 år.

Tabell 1. Behandling. Andel patienter med olika behandlingsformer (procent).

Behandling	Andel patienter
Kost	23
Tabletter	33
Insulin	39
Kombination tabletter/insulin	4
N =	111

För 49 boende med diabetes fanns ett HbA_{1c} värde tillgängligt. Av dessa hade 15 (31 procent) en god metabol kontroll¹, 13 (27 procent) en acceptabel kontroll och 21 (43 procent) ett oacceptabelt högt HbA_{1c}-värde. För över hälften av patienterna fanns således inte ett aktuellt HbA_{1c}-värde i sjuksköterskans dokumentation. Fördelningen ovan är annars fullt jämförbar med den bland diabetespatienter i stort i området där 48 procent av betydligt yngre patienter (och med något kortare duration) befanns ha en oacceptabel metabol kontroll (2).

Vi bad också sjuksköterskan ge sitt omdöme² om patientens metabola kontroll (*tabell 2*), och också sin ambitionsnivå i termer av HbA_{1c}. Vad gäller det se-

¹ Målsättning enligt "Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning" 1990:1. God kontroll = HbA_{1c} < referensvärde + 1 procent; acceptabel kontroll = HbA_{1c} < referensvärde + 2 procent och oacceptabel kontroll = HbA_{1c}-värde > referensvärde + 2 procent.

Enligt sjuksköterskornas bedömning låg 77 procent av de boende med diabetes mycket eller ganska bra till i sitt blodsocker

nare kunde skillnaden mellan aktuellt HbA1c-värde och sjuksköterskans ambitionsnivå beräknas för 39 patienter. Endast tre av dessa 39 patienter hade ett HbA1c-värde som översteg sjuksköterskans ambitionsnivå med mer än 1 procentenhet. Enligt sjuksköterskornas bedömning låg så många som 77 procent av de boende med diabetes mycket eller ganska bra i sitt blodsocker. Ingen skillnad framkom i detta avseende mellan patienter boende på sjukhem respektive övriga boendeformer.

Tabell 2. Metabol kontroll enligt ansvarig sjuksköterskas bedömning (procent).

Bedömning	Andel patienter
... ligger mycket bra	40
... ligger ganska bra	37
... har ofta högt blodsocker	11
... har ofta lågt blodsocker	1
... svänger mycket	7
Frågan ej besvarad	4
N =	111

Sextiotre procent av patienterna uppgavs vara normal-viktiga, 26 procent överviktiga och 13 procent under-viktiga.

Sjuksköterskan ombads också ge sin uppfattning om hur patientens mathållning fungerade. Vid både sjukhem och i övriga boendeformer uppgavs de flesta patienter (69 procent) äta *regelbundet*, medan andelen patienter som man ansåg oftast åt *bra mat* var betydligt lägre (36 procent).

För 68 patienter (61 procent) fanns uppgift om förekomst av olika komplikationer till diabetessjukdomen (tabell 3).

En betydligt lägre andel av dessa patienter än av patienter i sjukvårdsområdet i sin helhet (2) uppgavs ha fotproblem (31 mot 61 procent) och en något högre andel lida hjärtbesvär (51 mot 44 procent).

Tabell 3. Förekomst av olika komplikationer (procent).

Komplikation	Andel patienter
Ögonskador	38
Njurskador	7
Fotproblem	31
Hjärt-/kärlsjukdom	51
N=	68

En viktig fråga var i vilken utsträckning patienten klarade sin egenvård själv eller behövde hjälp från personalen. Resultaten visade att egenvården i stor utsträckning sköttes av vårdpersonalen. Tre av fyra patienter behövde hjälp med sin dagliga fothygien, endast en patient testade själv sitt blodsocker och nästan var fjärde patient valde inte själva vad de ville äta från kakfatet. Senaste ögonbottenundersökning fanns noterad för 44 patienter (40 procent). Av dessa hade alla utom en undersökts 1994 - 96 (dvs inom en två-årsperiod). Bland de 49 patienter som uppgavs ha remiss för fotsjukvård återfanns 15 av de 21 som uppgivits ha problem med fötterna.

Diskussioner i personalgrupperna

Under januari 1996 besökte LUCD samtliga personalgrupper vid de institutioner som deltog i undersökningen. Under besöken diskuterades personalens erfarenheter av, och syn på, omhändertagande av diabetespatienter - vilka rutiner fungerade, vilka problem upplevde man och hur organiserades diabetesomvårdnaden vid varje enhet. Huvudintrycken från dessa diskussioner var dels en hög ambitionsnivå när det gällde den boendes diabetes och en stor omsorg om boendes integritet och självbestämmande; dels avsaknad av enhetliga riktlinjer och stora kunskapsbrister hos personalen närmast den boende - framförallt när det gällde mat vid diabetes.

Några av de problemområden och missuppfattningar som kom fram i diskussionerna lades in i enkäten. Detta för att ge en mer systematisk bild av hur vanligt problemet (eller missuppfattningen) var, hur allvarligt man tyckte det var, samt vad man gjorde då man konkret stod inför det.

Huvudfynd

I fortsättningen kommer vi att koncentrera oss på un-

²Med tanke på patienternas höga ålder och livssituation kan mycket annat behöva tas in i bedömningen av optimal kontroll.

Endast tre av 19 föreståndare och tre av sex ansvariga för köken hade tillgång till dietist för konsultation.

dersökningens huvudfynd - frånvaron av enhetliga riktlinjer/rutiner samt bristande kunskaper och missuppfattningar hos personalen närmast den boende. Vi kommer också att redovisa några andra problemområden som ofta togs upp av flera respondenter. Detaljresultat finns redovisade i rapporten "Omvårdnadskvalitet i kommunal diabetesvård - kunskap om diabetes är viktigt, men också boendes integritet..." som också innehåller alla instrument som bilagor (kan rekvideras från Socialstyrelsen).

Riktlinjer för diabetesvård i kommunala boendeformer

Vid ett av de två sjukhemmen följde sjuksköterskorna en handlingsplan för omhändertagande av diabetespatienterna. Vid övriga boendeformer hade endast tre av de 12 sjuksköterskorna en sådan plan. Inom serviceboende, ålderdomshem och gruppboende - med tillsammans 90 boende med diabetes - saknades således riktlinjer/handlingsprogram. Samtidigt uppgavs ett av de största problemen vara att boende med diabetes ofta hade olika husläkare, med sinsemellan skilda rutiner för exvis provtagningar och råd om mathållning.

Husläkare kom regelbundet till fyra av de 12 institutionerna. Elva av de 19 föreståndarna uppgav att kontakten med husläkaren var tillfredsställande (en med viss tvekan - "nja") och tre ansåg att så inte var fallet. Enligt ansvariga för köken fanns oftast generella riktlinjer avseende närings- och energiinnehåll. De flesta uppgav också att man serverade specialkost för boende med diabetes. Dock hade endast tre av 19 föreståndare och tre av sex ansvariga för köken tillgång till dietist för konsultation. Som framgår nedan var också de egna kunskaperna om bra mat vid diabetes relativt bristfälliga bland ansvariga för köken.

Kunskaper om diabetessjukdomen

Fortbildning och aktuella kunskaper

Tio föreståndare upplevde behov av fortbildning för sin personal i mat och diabetes, fyra i blodsockertester och elva i diabetes mer allmänt. Sex föreståndare planerade

någon form av fortbildning under innevarande år.

Av sex ansvariga för köken uppgav två att de deltagit i fortbildning om mat för äldre och en i fortbildning om mat vid diabetes. Ansvariga för köken gavs samma kunskapsfrågor som vårdbiträden och undersköterskor. Svarsmönstret var här i stort sett detsamma som redovisas mer utförligt för dessa kategorier nedan. Man var väl medveten om behovet att fördela maten över dagen (för vilket man dock uppgav organisatoriska hinder), men mindre kunnig då det gällde hur blodsockret påverkades av exvis fett i mjölk och såser.

Av de 37 sjuksköterskorna som besvarade enkäten avslutade 34 sin sjuksköterskeutbildning för mer än 10 år sedan. Sjutton sjuksköterskor hade efter grundutbildningen deltagit i någon fortbildning i diabetes. Majoriteten av sjuksköterskorna uppgav dock att de kände sig trygga med sina diabeteskunskaper.

Öppna svar om vad man rekommenderade i en beskriven problemsituation tydde dock på att många sjuksköterskor inte kände till senare tids rön vad gällde mat vid diabetes.

Av de 432 undersköterskor och vårdbiträden som besvarade enkäten (ca 80 procent) uppgav endast 37 (9 procent) att de deltagit i någon fortbildning i diabetes efter sin grundutbildning och något fler (16 procent) att de deltagit i fortbildning om mat för äldre.

I våra kunskapsfrågor hade undersköterskor och vårdbiträden att ta ställning till ett antal påståenden och bedöma om de var sanna eller falska. Påståendena var utformade för att spegla aktuell kunskap om mat vid diabetes och vissa uppfattningar som framkommit i gruppdiskussionerna. Vikten av att fördela maten jämnt över dagen var känd för 91 procent av de svarande, en stor andel kände också till att en viss mängd fett behövs för att man ska få energi (83 procent) och att sötningsmedel kan vara ett alternativ då man behöver stora mängder socker (83 procent). Vissa betydande missuppfattningar kom dock fram i svaren på flera av frågorna. Felsvaren tyder på att man bl a förväxlar blodsockerhöjande produkter med fettbildande. Vidare kan man av svaren ana en överbetoning av det synliga sockrets betydelse och av vikten att generellt begränsa mängder (oavsett den enskilda boendes behov).

Inte på någon fråga svarade de 37 undersköterskor/vårdbiträden som deltagit i fortbildning i diabetes oftare rätt än övriga.

Endast 18 procent, dvs knappt en femtedel, av de tillfrågade vårdbiträdena respektive 41 procent av under-

Endast 18 %, dvs knappt en femtedel, av de tillfrågade vårdbiträdena respektive 41 % av undersköterskorna kände sig trygga med sina kunskaper om diabetes

sköterskorna kände sig trygga med sina kunskaper om diabetes.

Arbetsuppgifter

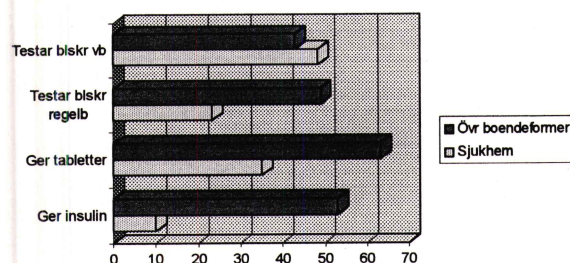
Delegering

Delegering av insulininjektioner och blodsockertester till undersköterskor och vårdbiträden var betydligt vanligare inom övriga boendeformer än vid sjukhemmen.

Öppna svar på frågan vad man förväntade sig att ett vårdbiträde skulle göra om hon hittade en boende med diabetes omtöcknad gick i samma riktning. Av 23 svar från sjukhem innehöll 19 endast upplysning om att sjuksköterska alltid fanns till hands och/eller att det man förväntade sig var att vårdbiträdet larmade sjuksköterska eller undersköterska, medan över hälften av sjuksköterskorna från övriga boendeformer förväntade sig att vårdbiträdet själv skulle kunna initiera åtgärder.

Vi frågade också undersköterskor och vårdbiträden direkt om deras aktuella arbetsuppgifter i diabetesvården. Som väntat utförde undersköterskor anställda i övriga boendeformer oftare än sina kollegor vid sjukhemmen sjukvårdande omvårdnadsuppgifter som att ge insulin, ge tabletter och att testa den boendes blodsocker regelbundet (Figur 1).

Figur 1. Andel undersköterskor som utför olika arbetsuppgifter.



Problemsituationer och egna initiativ

Med utgångspunkt i spontana berättelser under gruppintervjuerna hade vi skissat några problemsituationer i personalens arbete med boende med diabetes som vi

fått beskrivna för oss. Vi ville nu veta 1) hur vanliga var dessa situationer, 2) hur allvarliga tyckte man de var och 3) vad gjorde man om man själv hamnade i situationen i fråga. Den sista delen av frågan hade öppet svarsalternativ. Frågorna ställdes till vårdbiträden och undersköterskor. Vi har analyserat svaren på den öppna delen av frågan med avseende på i vilken utsträckning man uppgav sig ta egna initiativ eller som första alternativ nämnt kontakt med överordnad eller sjuksköterska.

Vi redovisar nedan ett urval av dessa problemsituationer åtföljda av a) andel svarande som uppgivit att de upplevde situationen i fråga *någon gång per halvår eller oftare* - VANLIGT (svarsalternativ 5, 4 eller 3) och b) andel svarande som ansåg att situationen var *mycket eller ganska allvarlig* - ALLVARLIGT (svarsalternativ 5 eller 4). Eventuella skillnader mellan sjukhem och övriga boendeformer redovisas vid respektive problemsituation. Där inga skillnader nämns är svarsmönstret likartat. (Svaren från undersköterskor respektive vårdbiträden skilde sig inte åt vad gällde någon av problemsituationerna.) Vidare anges vid varje problemsituation andel av de svarande som på den öppna frågan - om vad man gör - uppgivit ett eget initiativ - EGET INITIATIV.

Problemsituation a

Den boende vill att Du ska köpa hem något som Du vet är olämpligt med tanke på hans/hennes diabetes. Du upplever en konflikt mellan att å ena sidan försöka förmå honom/henne att avstå och å andra sidan inte kränka hans/hennes personlig integritet eller rätt att själv bestämma.

VANLIGT	32 procent (sjukhem 22 procent, övriga boende former 36 procent)
ALLVARLIGT	35 procent (sjukhem 28 procent, övriga boende former 39 procent)
EGET INITIATIV	76 procent

Problemsituation b

Den boende har symptom, som Du vet kan ha med hans/hennes diabetes att göra, men Du är osäker på om det beror på för högt eller för lågt blodsocker.

VANLIGT	29 procent
ALLVARLIGT	63 procent
EGET INITIATIV	32 procent (sjukhem 39 procent, övriga boendeformer 29 procent)

Problemsituation c

En boende har drabbats av kraftig insulinkänning som måste åtgärdas direkt.

VANLIGT	10 procent
ALLVARLIGT	74 procent
EGET INITIATIV	55 procent (sjukhem 46 procent, övriga boendeformer 59 procent)

Problemsituation g

En boende äter, av ekonomiska skäl, mindre än Du vet att han/hon skulle behöva.

VANLIGT	17 procent (sjukhem 9 procent, övriga boendeformer 21 procent)
ALLVARLIGT	59 procent (sjukhem 50 procent, övriga boendeformer 65 procent)
EGET INITIATIV	68 procent (sjukhem 55 procent, övriga boendeformer 73 procent)

Problemsituation h

En boende med diabetes avstår, av ekonomiska skäl, från den fotvårdsbehandling Du vet att han/hon skulle behöva.

VANLIGT	19 procent
ALLVARLIGT	61 procent
EGET INITIATIV	73 procent

De (av här uppräknade) oftast upplevda problemen tycks ha anknytning till vad den boende äter, medan kraftiga insulinkänningar eller dålig ekonomi verkar vara mindre vanliga problem. Det är dock anmärkningsvärt att så många som var femte vårdbiträde/undersköterska minst ett par gånger om året upplever att en boende med diabetes avstår från att äta eller från fotvård av ekonomiska skäl! Egna initiativ togs oftare av personal från sjukhem då det gällde symtom på högt eller lågt blodsocker, medan det motsatta var fallet då det gällde att ta hand om en boende med insulinkänning och boendes ekonomiska problem.

DISKUSSION

Inledning

Framträdande i resultaten var avsaknaden av enhetliga

Det är anmärkningsvärt att så många som var femte vårdbiträde/undersköterska minst ett par gånger om året upplever att en boende med diabetes avstår från att äta eller från fotvård av ekonomiska skäl!

Bland all personal fanns en hög ambitionsnivå vad gällde boendes diabetes och också ett starkt värnande om de boendes integritet

riktlinjer och rutiner, samt ett lågt deltagande i adekvat fortbildning och brister och otrygghet vad gällde kunskaper om diabetes.

Resultaten som helhet stärker också huvudintrycken från de inledande gruppdiskussionerna - bland all personal vid de studerade enheterna fanns en hög ambitionsnivå vad gällde boendes diabetes och också ett starkt värnande om de boendes personliga integritet. Ibland kolliderade dessa ambitioner, vilket uttrycktes i vissa problemformuleringar.

Bristande kunskaper visade sig framförallt då det gällde maten. Feta sårer höjer inte blodsockret nämnvärt och detsamma gäller fet mjölk - endast till överviktiga (diabetiker och andra) behöver man således rekommendera lättmjölk. Kanske hamnar man ibland i konflikten mellan helhetssyn/självbestämmande (göra som den boende önskar) och värnande om ett bra blodsocker (försöka övertala den boende att välja andra produkter) helt "i onödan" - dvs på grund av att man har "omödena" kunskaper om bra mat vid diabetes.

Vi diskuterar inledningsvis resultaten från de uppgifter sjuksköterskorna lämnat om boende med diabetes. Därefter diskuteras behovet av riktlinjer och organisation samt personalens kunskaper och medvetenhet om diabetessjukdomen.

Boende med diabetes

Metabol kontroll och komplikationer

För endast 44 procent av patienterna fanns uppgift om HbA1c-värde i sjuksköterskans dokumentation. Av dessa hade 57 procent en bra eller acceptabelt nivå. Eftersom siffran 57 procent är mycket osäker på grund av det stora bortfallet är det svårt att uttala sig om diskrepansen mellan denna och de 77 procent av patienterna som enligt sjuksköterskans bedömning (med hänsyn tagen till patientens ålder, andra sjukdomar, mm) hade en bra eller ganska bra kontroll. Det finns dock skäl att misstänka att ett antal boende med diabetes har ett oacceptabelt högt HbA1c, men ändå betraktas som välinställda av sjuksköterskan.

Brister i dokumentationen framkom också då det gällde patienternas fotstatus och när senaste ögon-

undersökning genomförts. En relativt låg andel av patienterna uppgavs ha fotproblem av något slag. Vi vet dock inte om detta är reellt eller beror på att fotproblem inte dokumenteras. Av de patienter som uppgavs ha diabetesrelaterade problem med sina fötter hade inte heller alla fått remiss för fotsjukvård.

Mathållning och övrig egenvård

De flesta boende med diabetes var normal- eller under-viktiga. Endast två av fem patienter åt, enligt sjuksköterskornas uppgifter, oftast bra mat och nästan var femte åt ofta något olämpligt. Vad sjuksköterskorna betraktade som bra mat eller olämpligt känner vi dock inte till - nästan en tredjedel av sjuksköterskorna uppgav att de kände sig otrygga med sina kunskaper om mat vid diabetes.

Det mesta av egenvården sköttes av vårdpersonal. Endast en patient uppgavs själv testa sitt blodsocker, ungefär var femte tog sina tabletter eller sitt insulin själv och var fjärde skötte själva sin fothygien. Även om de flesta boende är handikappade på olika sätt torde fler än en av 111 kunna lära sig att själv testa sitt blodsocker.

Organisation och rutiner

Vårdprogram

Två dokument som beskrev rutiner för omhändertagande av boende med diabetes fanns i bruk - båda vid samma sjukhem. I övrigt var personalen hänvisad till vad som sagts muntligt från den boendes husläkare/ansvarig sjuksköterska. Norrtälje sjukvårdsområde har sedan några år tillbaka ett vårdkedjeprogram som ger riktlinjer för diabetesvården i området. Detta användes dock inte i kommunens verksamheter.

Ansvars- och arbetsfördelning

Den högre sjuksköterske- och undersköterskebemanningen ledde förmodligen till att delegering till undersköterskor och vårdbiträden av egenvårdsuppgifter var mindre vanlig vid sjukhemmen. Uppgifter som att ge insulin eller tabletter och att testa blodsockret sköttes här i stor utsträckning av sjuksköterskor, medan i övriga boendeformer detta ofta sköttes både av undersköterskor och vårdbiträden. Naturligtvis måste delegationsordningar följas och en delegering av dessa uppgifter alltid föregås av utbildning. Dock - att kunna testa blodsockret själv utgör en stor trygghet för patienten och har också en pedagogisk funktion - man lär sig se hur det man äter påverkar blodsockret och får på så

Genomgående var det mycket få (alla kategorier) som deltagit i någon fortbildning rörande diabetes

sätt en djupare förståelse för sjukdomen. Detsamma torde gälla de vårdbiträden och undersköterskor som står i daglig kontakt med en boende med diabetes. Märk också att vid sjukhemmen fanns 25 sjukskötersketjänster att, vid undersökningstillfället, ta hand om 21 boende med diabetes, medan övriga boendeformer hade 10 sjukskötersketjänster och 90 boende med diabetes.

Fortbildning

Forskningen inom diabetesområdet leder ständigt till nya rekommendationer avseende olika delar av behandlingen. Inte minst gäller detta lämpliga mat där många gamla "sanningar" har fått överges under senare år. Kontinuerlig fortbildning är därför nödvändig. Genomgående var det mycket få (alla kategorier) som deltagit i någon fortbildning rörande diabetes. Hälften av de tillfrågade föreståndarna var medvetna om vissa kunskapsbrister bland personalen och därav behov av fortbildning.

Samverkansformer internt och samarbete med externa vårdgivare/experter

I allmänhet var sjuksköterskor och föreståndare relativt nöjda med sitt samarbete med *husläkarna* (undantaget de fall då skilda rutiner/policy ställde till problem) enligt svaren på enkäterna. I gruppamtalen tog man dock ofta upp behov av tätare kontakt med husläkaren och även önskemål om kontakt med geriatriker.

Endast ett fåtal hade möjlighet att vända sig till *diätist* för råd angående maten. Anmärkningsvärt är också att föreståndare för åtta enheter helt saknade kostkunnig person att konsultera. En mycket viktig sida av mathållningen för diabetiker är matens fördelning över dagen. Flera föreståndare efterfrågade ökade möjligheter till bättre spridning över dagen.

Ett allmänt intryck var att fotvården var väl tillgodosedd - i samband med den personliga hygienien fick alla som så önskade hjälp med sina fötter. *Fotterapeut* fanns också tillgänglig för de flesta boende och i de flesta fall var detta också en fotterapeut med avtal om fotsjukvård. Det relativt stora antalet (nio) föreståndare som inte besvarade frågan om huruvida tillgången till fotvård upplevdes som tillfredsställande eller ej, plus att två inte kände till om den fotterapeut man anlitade hade

avtal eller ej, kan tyda på viss osäkerhet vad gäller fotvård och fotsjukvård för boende med diabetes.

Kunskaper

De kunskapsfrågor (i påståendeform) som vi konstruerat var i några fall svåra i den meningen att de dels speglade relativt nya rön inom området (ex. "Sockerfritt kaffebröd är att föredra ..."), dels innehöll inslag av kontrollerande attityder som (förr) var vanliga (ex. "En diabetiker bör ...", "Det absolut viktigaste..."). Den form vi använde, med i några fall falska påståenden uttryckta med stor säkerhet, kan också i viss mån ha försvårat. Tanken var dock att få mer systematisk information rörande en del av det som kommit fram i gruppdiskussionerna (påståenden om fet mjölk, kaffebröd, högst två frukter/dag).

Felsvaren tyder som nämnts ovan på att det råder osäkerhet om skillnaden mellan blodsockerhöjande och fettbildande produkter, samt en överbetoning av det synliga sockrets betydelse. I praktiken kan detta innebära onödiga begränsningar för boende med diabetes och/eller att personal i onödan hamnar i konflikter som beskrivits ovan.

Endast drygt en femtedel av undersköterskor och vårdbiträden uppfattade också själva att de hade *för sina*

Onödiga begränsningar för boende med diabetes och/eller att personal i onödan hamnar i konflikt

arbetsuppgifter tillräckliga kunskaper om diabetes-sjukdomen och dess behandling.

Slutsatser

Undersökningen visade en hög ambitionsnivå bland personalen *och* stora kunskapsbrister. Nästan var femte av de boende i kommunala särskilda boendeformer hade diabetes. Med en förutspädd stark ökning av typ 2-diabetes och ökad andel äldre äldre i befolkningen kommer denna andel i framtiden att stiga ytterligare. För en hög kvalitet på diabetesvården inom kommunala särskilda boendeformer krävs framförallt en medveten satsning på systematisk, återkommande fortbildning för all involverad personal.

REFERENSER

1. Kartläggning av måltidsservice för äldre i Stockholms län. Rapport 19. Rapportserie från Tillämpad Näringslära. Stockholms läns landsting, november 1995.
2. Granskning av diabetesvården i Norrtälje sjukvårdsområde. LUCD 1995. Norrtälje sjukvårdsområde.