



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ERFARENHETER AV INTERPROFESSIONELL SAMVERKAN BÅDE INOM OCH MELLAN VÅRDNIVÅER FÖR VUXNA PERSONER MED DIABETES

En systematisk litteraturöversikt

**Olivia Bjelkenborg
Lisa Leijon**

Uppsats/Examensarbete: Examensarbete inom Specialistsjuksköterskeprogrammet 15 hp
Program och/eller kurs: OM8220 samt OM5360
Nivå: Avancerad nivå
Termin/år: HT/VT 2020/2021
Handledare: Carina Sparud Lundin
Examinator: Linda Berg

Titel svensk:	Erfarenheter av interprofessionell samverkan både inom och mellan vårdnivåer för vuxna personer med diabetes
Titel engelsk:	Experiences of interprofessionell collaboration both within and between different levels of care for adult people with diabetes
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård samt Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicin
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/VT 2020/2021
Handledare:	Carina Sparud Lundin
Examinator:	Linda Berg
Nyckelord:	Diabetes, vårdpersonals erfarenheter, samverkan, interprofessionell samverkan, multidisciplinär vård, vuxna personer med diabetes.

Sammanfattning

Bakgrund: Personer med diabetes vårdas inom kommunal vård, primärvård, specialistvård samt slutenvård. Inom dessa vårdnivåer arbetar flertalet professioner, och för att vården av personer med diabetes ska utgå från samma gemensamma mål, är det nödvändigt med god samverkan både mellan vårdnivåer samt inom de professioner som är involverade i diabetesvården. För att samverkan ska fungera krävs rutiner, att rätt kompetens för rätt hälsoproblem identifieras samt att det finns positiva attityder till samverkan.

Syfte: Att beskriva erfarenheter av interprofessionell samverkan både inom och mellan vårdnivåer för vuxna personer med diabetes.

Metod: Metoden som användes för denna uppsats var en systematisk litteraturoversikt baserad på kvalitativ forskning. Totalt screenades 220 artiklar utifrån titel, 35 artiklar på abstraktnivå samt 16 artiklar i fulltext. Totalt inkluderades nio artiklar i litteraturoversikten. Samtliga artiklar kvalitetsgranskades enligt SBU:s granskningsmall för kvalitativ metodik.

Resultat: I resultatet framkom två huvudteman och sex subteman. Professionens betydelse för samverkan som belyste vikten av rolldefinitioner, tydlig ansvarsfördelning samt förståelse och respekt för varandra. Det andra huvudtemat var Interaktionens betydelse för samverkan där kommunikation, arbetsrelation och förtroende för varandras kompetens visade sig vara viktiga delar.

Slutsats: För interprofessionell samverkan krävs rollförtydligande och en ömsesidig förståelse och respekt gällande varandras profession och kompetens. Diabetessjuksköterskans roll kan fungera som en bro mellan olika vårdnivåer och på så sätt bidra till ett multidisciplinärt arbetssätt inom diabetesvården. För att kunna arbeta multidisciplinärt och underlätta kommunikation inom teamet bör vårdpersonal ha tillgång till samma elektroniska journalsystem.

Nyckelord: Diabetes, vårdpersonals erfarenheter, samverkan, interprofessionell samverkan, multidisciplinär vård, vuxna personer med diabetes.

Abstract

Background: People with diabetes are cared for in primary care, secondary care and inpatient care. Within these levels of care there are a number of different professions, and in order to work for common goals in the care for people with diabetes, it is necessary with good collaboration both between levels of care and within the professions involved. In order for collaboration to work, it is important with routines, appropriate competence for the health problem that has been identified and positive attitudes towards collaboration.

Aim: To describe experiences of interprofessionell collaboration both within and between different levels of care for adult people with diabetes.

Method: A systematic literature review based on qualitative research was undertaken. A total of 220 articles were screened based on title, 35 articles were screened based on abstract. 16 articles were read in full text. Nine articles were included. The quality of all included articles were examined through a review template of SBU for qualitative methods.

Result: The results showed two main themes and six subthemes. The importance of profession for collaboration which enlightened the importance of role definition, distribution of responsibilities and understanding and respect for each other. The other main theme was The importance of interaction for collaboration where communication, work relations and trust in each other's competence were important factors.

Conclusion: Interprofessional collaboration requires role clarification and mutual understanding and respect regarding each other's professions and competence. The role of the diabetes nurse should function as a bridge between specialist care and primary care, and can contribute to a multidisciplinary approach. In order to work multidisciplinary and to facilitate communication within the team, healthcare professionals should have access to a common electronic medical record system.

Keywords: Diabetes, experiences of healthcare professionals, collaboration, interprofessional collaboration, multidisciplinary care, adult people with diabetes.

Förord

Vi vill särskilt tacka vår handledare Carina Sparud Lundin som har stöttat oss och gett oss god vägledning genom arbetet. Vi vill även tacka vår arbetsgivare som gett oss möjlighet att genomföra vårt examensarbete trots pågående pandemi. Slutligen vill vi tacka varandra för stöd och support under processen.

Olivia och Lisa

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Diabetes Mellitus	1
Klassificering och diagnos	1
Diabetes typ 1	2
Diabetes typ 2	2
Långsiktiga komplikationer vid diabetes	3
Diabetesvård	3
Slutenvård	4
Diabetesmottagning	5
Primärvård.....	6
Kommunal vård	6
Samverkan – en teoretisk grund	7
Diabetesteam.....	8
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Problemidentifiering	10
Litteratursökning	10
Dataevaluering.....	11
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden.....	12
Resultat.....	12
Professionens betydelse för samverkan	13
Vikten av tydliga roller	13
Ansvarsfördelning.....	14
Förståelse och respekt för varandra	15
Interaktionens betydelse för samverkan	16
Hinder och möjligheter för kommunikation	16
Förutsättningar för arbetsrelation.....	17
Tilltro till varandras kompetens och kunskapsutbyte	18

Diskussion	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion	21
Kliniska implikationer	24
Slutsats	24
Referenslista	25
Bilaga 1	30
Bilaga 2	31
Bilaga 3	35

Inledning

Diabetes mellitus är en globalt växande kronisk sjukdom som karaktäriseras av högt blodsocker (WHO, 2020). Behandlingen syftar till att nå blodsockerkontroll, som i sin tur minskar risken för komplikationer relaterat till diabetes. För att optimera behandlingen behöver personer som lever med diabetes utbildas då egenvård är en stor del av behandlingen. Vi som arbetar på en avdelning med inriktning mot diabetesvård, och är under utbildning till diabetessjuksköterska respektive specialistsjuksköterska inom medicin, möter ofta personer med diabetes i den akuta fasen av en nyupptäckt eller okontrollerad diabetes. När personen rent medicinskt är stabil i sin sjukdom påbörjas utbildning både om sjukdomen samt om de medicintekniska hjälpmedel som personer med diabetes kommer behöva sköta på egen hand. I denna fas kopplas diabetessjuksköterska från sjukhusets diabetesmottagning in för personer med diabetes typ 1, medan de personer som insjuknat med diabetes typ 2 främst får uppföljning inom primärvården. En läkare med specialistkompetens inom diabetes ingår också i diabetesteamet för att kunna utbilda och följa upp angående behandlingen. Personer med diabetes behöver också få utbildning om kost av dietist samt om fysisk aktivitet, ibland av en fysioterapeut. För att egenvårdsutbildning ska fungera och optimal vård ska kunna ges krävs samverkan mellan olika professioner såväl som mellan olika vårdnivåer, och interprofessionell samverkan är därför ett teoretiskt begrepp som genomsyrar denna litteraturöversikt.

Bakgrund

Diabetes Mellitus

Idag lever cirka 463 miljoner vuxna med diabetes i världen (IDF, 2019). I Nationella diabetesregistrets senaste årsrapport är närmare 450000 personer registrerade i Sverige (NDR, 2019).

Klassificering och diagnos

Höga blodsockervärden är det som karaktäriserar diabetes mellitus, och detta kan bero på både insulinbrist eller insulinresistens. För att diagnostisera diabetes bör blodsocker mätas fastande på morgonen. Detta prov kan tas venöst eller kapillärt och om provsvaret ligger över 7 mmol/L vid upprepade tillfällen definieras detta som diabetes. Vid osäkerhet kring diagnostiken kan ett glukostoleranstest göras, vilket innebär att personen som utreds ska dricka en sockerblandning och om blodsocker 2 timmar efter detta test ligger över 11.2 mmol/L kapillärt talar detta för diabetes. Under utredningen tas även en rad andra prover. Bland annat HbA1c som anger glukosnivån i plasman över tid, där ett värde över 48 mmol/mol är en indikation för diabetes (Östensson, 2020). För att få en indikation på om det är diabetes typ 1 eller diabetes typ 2 tas även autoantikroppar som ICA och GAD (Berne, 2011). Symtomen för diabetes är ökad törst, stora uritmängder, dimsyn, trötthet samt

viktnedgång. Det finns olika typer av diabetes mellitus där huvudgrupperna är diabetes typ 1 och diabetes typ 2. Utöver dessa finns även mer ovanliga typer som LADA, MODY, MIDD, KBT2 samt graviditetsdiabetes (Östensson, 2020).

Diabetes typ 1

Nästan 50 000 av de personer som lever med diabetes i Sverige har diabetes typ 1 (NDR, 2019). Vid diabetes typ 1 angriper kroppens eget immunförsvar de celler i bukspottskörteln som producerar insulin, vilket leder till att insulinproduktionen upphör och insulinbrist uppstår. Detta innebär att personer med diabetes typ 1 för resten av livet kommer behöva behandling med insulin (Berne 2011). Diabetes typ 1 har tidigare ansetts endast drabba personer under 40 år. Idag är det känt att sjukdomen kan drabba personer i alla åldrar, men att incidensen är högst i tonåren (Olsson-Landin, 2020). Som tidigare nämnts innebär diabetes typ 1 insulinbrist och grunden till behandlingen är därför insulin. Dessa personer behöver få injektioner med basinsulin en till två gånger om dagen, samt måltidsinsulin varje gång de äter, många personer som lever med diabetes typ 1 har också insulinpump där insulin tillförs till kroppen kontinuerligt. Insulinpump har visat sig kunna ha bättre effekt på blodsockerkontroll och därmed minska risken för komplikationer, jämfört med multipla dagliga insulininjektioner (Derosa et al., 2019). För att minska risken för komplikationer och för att personer med diabetes typ 1 ska ha optimal blodsockerkontroll, och därmed minska risken för hyper- och hypoglykemier, är även kost och motion viktiga hörnstenar i behandlingen (Berne, 2011).

Personer som kommer in till vården med en nyupptäckt diabetes typ 1 har ofta kraftig hyperglykemi (Östensson, 2020). Ketoacidosis uppstår vid insulinbrist och kan därför vara ett tillstånd som en person initialt inkommer till akuten med, och som sedan gör att man kan diagnostisera diabetes typ 1. Vid insulinbrist ökar blodsockret kraftigt, vilket i sin tur leder till att ketoner frisläpps och gör blodet acidotiskt. Detta är ett livshotande tillstånd som kräver akut sjukvård. Ketoacidosis utvecklas vanligen snabbt och kräver snabb vård, och behandlingen syftar till att häva acidosen och ersätta vätskeförluster samt elektrolytrubbningar som kommer till följd av hyperglykemi. Behandlingen av ketoacidosis består därför som standard av insulin, vätska samt elektrolyter (Forsberg, 2020).

Diabetes typ 2

Närmare 400 000 av alla med diabetes i Sverige har diabetes typ 2 (NDR, 2019). Vid diabetes typ 2 är mängden av insulin otillräcklig utifrån kroppens behov eller kroppens förmåga att ta till vara på insulinet, relaterat till ökad insulinresistens (Diabeteshandboken, 2020). Personer med diabetes typ 2 har i många fall haft sjukdomen en tid innan diagnosen ställs, varför senare komplikationer till sjukdomen så som fotsår och neuropati ibland kan vara symptom som personen i första hand söker vård för (Östensson, 2020). Gener, kostvanor och motion är faktorer som påverkar risken för att insjukna i diabetes typ 2 (Eliasson, 2020). Till skillnad från diabetes typ 1 så är de flesta betacellerna kvar vid diabetes typ 2. Det är här istället insulinproduktionen som har försämrats, samtidigt som insulinkänsligheten minskar och

insulinresistensen ökar (Berne, 2011). Till skillnad från diabetes typ 1 behövs inte alltid insulin tillföra, utan personer med diabetes typ 2 kan i vissa fall behandlas endast med kost och fysisk aktivitet. Behandlingen kan även bestå av perorala läkemedel som antingen ökar insulinkänsligheten samt minskar produktionen av glukos i levern. Det finns även läkemedel som kan stimulera frisättningen av kroppens eget insulin, samt läkemedel som hjälper till att sänka blodsockret (Berne, 2011). Diabetes typ 2 är dock en progredierande sjukdom och har ett fortskridande förlopp vilket leder till att många personer med tiden behöver insulinbehandling (Socialstyrelsen, 2018).

Ketoacidosis drabbar som nämnt ovan i största grad personer med diabetes typ 1, men även personer med diabetes typ 2 kan drabbas av liknande livshotande tillstånd, nämligen hyperosmolärt syndrom. Skillnaden vid hyperosmolärt syndrom är att många personer med diabetes typ 2 fortfarande har en kroppsegen insulinproduktion, som förhindrar att ketoner frisläpps. Vid hyperosmolärt syndrom föreligger dock fortfarande brist på insulin, även om den inte är total. Även dessa personer kan ha kraftig hyperglykemi, med dehydrering och elektrolytrubbning till följd, och behandlas därför med samma strategier som vid ketoacidosis. Hyperosmolärt syndrom utvecklas vanligen långsammare än ketoacidosis och förekommer mer ofta hos äldre personer med känd eller nyupptäckt diabetes typ 2 (Forsberg, 2020).

Långsiktiga komplikationer vid diabetes

Diabetes är en sjukdom som innebär risk för komplikationer och kan leda till andra sjukdomar. Makrovaskulära komplikationer ökar risken att drabbas av stroke och hjärtinfarkt och mikrovaskulära komplikationer innebär skador på kärl i till exempel nerver, ögon och njurar, vilket kan leda till nedsatt syn och nedsatt njurfunktion. Risker för att utveckla sår på grund av skador på nerver är stor, och i kombination med försämrad sårhäkning är därför fotsår en stor risk för amputation (WHO, 2020).

För att minska risken för dessa komplikationer krävs utbildning om egenvård. Att involvera ett multidisciplinärt team i planeringen för utbildningen av personer med diabetes har visat sig ge goda resultat gällande HbA1c, blodtryck, kroppsvikt och förmåga till egenvård och därmed minskade komplikationer (Azami et al., 2018). Enligt de Nationella Riktlinjerna för diabetesvård är en central rekommendation att jobba förebyggande för att minska risken för diabeteskomplikationer. Det innebär att vården bör lägga fokus på att tidigt ge behandling med blodtryckssänkande samt blodfettsänkande läkemedel, samt att erbjuda stöd vid kostvanor, motionsvanor och rökavvänjning (Socialstyrelsen, 2018).

Diabetesvård

Diabetesvården som all annan vård i Sverige styrs utifrån hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen, 2018). Rekommendationer gällande prevention, levnadsvanor, blodsockerkontroll, hjärt-kärlsjukdomar omvårdnad samt diabeteskomplikationer är vad diabetesvården ska omfatta enligt de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Personer med diabetes typ 1 vårdas på sjukhusens diabetesmottagningar, medan personer med diabetes typ 2

vanligen vårdas i primärvården, med undantag vid mycket svår diabetes typ 2, där specialistvård kan vara nödvändig (Socialstyrelsen, 2018).

Inom all vård är det av stor vikt att arbeta personcentrerat vilket innebär att se hela personen och inte bara en patient. Personcentrerad vård i praktisk handling är en process som alltid utgår från personens berättelse, ett partnerskap mellan individen och vårdpersonal och den planerade, överenskomna vården ska vara dokumenterad i personens journal så att den planerade vården blir tillgänglig för teamet (Ekman et al., 2014). Genom att arbeta personcentrerat detta stärks individen, och det är större chans att vården blir lyckad då den enskilda individens mål, förmågor och önskan kommer i fokus, och som därmed ökar motivation och förutsättningar för bättre egenvård (Hörnsten, 2020).

Det är av stor vikt att arbeta mot samma mål inom diabetesvården. Sveriges kommuner och landsting (nu Sveriges kommuner och regioner) startade 2012 ett arbete för att skapa ett nationellt program för diabetes, får att hela landet ska arbeta efter samma nationella riktlinjer i diabetesvården. Anledningen till att programrådet ansågs behövas var att man i tidigare forskning sett att målet för HbA1c samt blodtryck för personer med diabetes skiljer sig mellan landstingen. Syftet var därför att undersöka vilka faktorer som är viktiga för att vården ska bli så bra som möjligt för personer med diabetes, i detta fall diabetes typ 2. Primärvård, huvudman och tvärorganisation var de tre delar som undersöktes. I primärvården låg fokus på att snabbt hjälpa personer med diabetes att nå relevanta målvärden samt att alltid ha en tydlig plan för när detta inte uppfylls. Huvudmannens fokus var ett förbättringsarbete gällande diabetes, att stödja primärvården med ny kunskap samt att ge feedback och följa enheternas utfall. Tvärorganisationens framgångsfaktorer var följsamhet till riktlinjer och fokus på prevention av följsjukdomar. Genom att dessa arbetssätt tillämpas inom diabetesvården kan dödlighet och antalet sjuka relaterat till diabetes minska. Med prioritering av kunskap, återkoppling och fokus på personens målvärden kan god vård och omhändertagande ges till personer med diabetes trots att förekomsten av diabetes ökar (Jansson, 2020)

Slutenvård

Det är inte ovanligt att diabetes upptäcks inom primärvården och att dessa personer därifrån remitteras till slutenvården. Det finns olika faktorer som avgör om personen behöver akut vård eller om primärvården kan följa upp. Ålder är en avgörande faktor där barn alltid ska vårdas på sjukhus vid sjukdomsdebut. Hyperglykemi och ketoner i urinen är faktorer som talar för diabetes men är inte alltid en ensam indikation för sjukhusvård. Om personen däremot i kombination med detta uppger symtom som trötthet, yrsel, kraftig törst samt stora urinmängder kan ketoacidosis eller hyperosmolärt syndrom misstänkas, och är då tillstånd som behöver akut vård på sjukhus (Fors, 2020).

Vid ketoacidosis som uppkommit i samband med debut av diabetes är eftervården av stor vikt. Här krävs det att individen får utbildning om hur diabetes ska hanteras. Inom slutenvården får personer med nyupptäckt diabetes typ 1 träffa diabetessjuksköterska för information och

praktiskt utbildning i hur man använder en blodsockermätare samt hur man administrerar insulin. Personer med diabetes får även träffa en dietist för att få information om vad som är viktigt att tänka på kring kosten vid diabetes. Läkaren ansvarar för att följa blodsockervärdet och därefter justera insulindoserna för att dessa ska vara så bra som möjligt vid utskrivning. Innan utskrivning måste det finnas möjlighet för personer med nyupptäckt diabetes att få träna på stickteknik, ha förståelse för doser relaterat till blodsockervärden, symptom för hyperglykemi samt hypoglykemi (Tiverner et al., 2015).

Vid akuta tillstånd såsom hyperosmolärt syndrom behöver personer med diabetes vårdas på sjukhus och behandlingen syftar till att genom intravenöst insulin samt vätska normalisera osmolaliteten samt vätske- och elektrolytbalansen och att stabilisera blodsockret. Genom att kontrollera blodgas får man värde på pH, urea, elektrolyter och glukos som alla är viktiga prover att monitorera vid detta tillstånd. Personer med nyupptäckt diabetes som inkommer med hyperosmolärt syndrom bör efter den akuta behandlingen träffa diabetesteamet för utbildning samt förebyggande åtgärder för att minska risken för framtida komplikationer (Scott, 2015).

När personer med känd diabetes blir inlagda på sjukhus blir det möjligt att vid behov öka kunskapen hos dessa personer. När personer med diabetes, nyupptäckt eller redan känd, får möjlighet att träffa diabetesteamet som består av diabetologer, diabetessjuksköterska samt dietist, har forskning visat att resultatet av HbA1c på sikt minskar, jämfört med de personer med diabetes som inte får träffa det specialiserade diabetesteamet under sin tid inom slutenvården. Forskningen visar också att genom att använda dessa team för personer inneliggande i slutenvården, får man inte bara möjlighet att utbilda individen om diabetes utan även personalen som vårdar personer med diabetes inom slutenvården, vilket har visat sig leda till färre misstag i medicinadministrering samt kortare vårdtider (Siddique, 2014). Drincic et al. (2017) testade en modell där specialistsjuksköterskor inom diabetes bistod med att utbilda sjuksköterskor på allmän slutenvårdsavdelning, med syfte att bli avlastade i deras yrkesroll och för att även allmänsjuksköterskor skulle kunna ge grundläggande utbildning till personer med diabetes. Resultatet av denna forskning visade att den inneliggande vården förbättrades för personer med diabetes och siffrorna för återinläggning minskade (Drincic et al., 2017).

Diabetesmottagning

På sjukhusens diabetesmottagningar arbetar endokrinologer eller diabetologer, som är läkare med specialistkompetens inom diabetes och även de sjuksköterskor som arbetar på dessa mottagningar har vidareutbildning inom diabetes (Socialstyrelsen, 2015). Strukturerade utbildningsprogram och ett specialiserat team som arbetar multidisciplinärt är något alla personer med diabetes typ 1 bör erbjudas i sin vård (NICE, 2015). Till personer med diabetes typ 1 erbjuder 66 % av sjukhusens diabetesmottagningar gruppbaserad utbildning (Socialstyrelsen, 2018). Då risken för diabeteskomplikationer ökar med tid samt med förhöjda blodsockervärden bör personer som har problem med låga eller höga blodsockervärden

erbjudas insulinpump av sjukvården, samt mätare som konstant läser av blodsockret subkutant och som ger möjlighet för personer med diabetes att läsa av mätaren när som helst (Socialstyrelsen, 2018). Dessa personer ska också få möjligheten att få sina värden analyserade av det specialiserade teamet som i sin tur är ansvariga för att justera medicineringen och optimera behandlingen, för att uppnå blodsockerkontroll (NICE, 2015). Av de sjukhusbaserade diabetesmottagningarna anger 90 % att de tillgodoser behovet av insulinpumpbehandling till dessa individer. 60 % av mottagningarna uppger att de kan tillgodose behovet för kontinuerlig blodsockermätning (Socialstyrelsen, 2018).

Primärvård

Utredning, behandling och uppföljning av personer med diabetes typ 2 sker till stor del inom primärvården. De ansvarar för den medicinska vården likväl som den hälsofrämjande och rehabiliterande vården av dessa personer (Jansson 2020). För att personer med diabetes typ 2 ska kunna få bästa möjliga vård från primärvården är det viktigt att ansvarig läkare håller sig uppdaterad inom ämnet. Det görs genom att delta i nationella, regionala samt lokala kurser och utbildningar, och genom att samverka och diskutera vården både inom organisationen, utanför sin egen profession samt utanför organisationen, till exempel med specialistläkare på sjukhus eller diabetesmottagning (Jansson, 2020).

Det är av stor vikt att personer med nyupptäckt diabetes typ 2 får information om diabetes, samt stöd för att hantera den informationen. Dessa personer måste få information om kost, motion samt vikten av andra eventuella livsstilsförändringar som till exempel att sluta röka (Diabeteshandboken, 2018). Sjuksköterskan har en stor roll i att dels vara ett stöd och en rådgivare, samt att samordna så att personen får träffa rätt profession utifrån det behov som föreligger (Jansson, 2020). Det kan vara att hjälpa individen få kontakt med dietist för att prata om kost (Diabeteshandboken, 2018). När utbildningen sker på ett bra sätt får personer med diabetes typ 2 verktyg för att själva hantera sin sjukdom och förutsättningar för god egenvård och följsamhet ökar (Jansson, 2020). Då egenvård utgör en central del för livskvalitet och minskade komplikationer, är personcentrering tillsammans med utbildning inom egenvård en stor del för att lyckas med vården. Den som ansvarar för att utbilda personer med diabetes i egenvård behöver dels ha god kunskap om ämnet, men också stor kunskap inom vuxenutbildning och tekniker för att nå fram till varje individ. Dessa utbildningar kan vara både individuella och gruppbaseade, men i Sverige erbjuds främst individuella utbildningar (Socialstyrelsen, 2018).

Kommunal vård

Inom kommunal vård bör personer med diabetes vårdas på ett strukturerat sätt. Läkarbesök som tidigare genomfördes varje år eller halvår har nu till stor del ersatts av telefonkontakt med sjuksköterska inom kommunen, vilket har visat sig resultera i en del brister avseende vårdkvaliteten (Jansson, 2020). Diabetes typ 2 är en sjukdom som ökar inom geriatriken och det förväntas dessutom bli mer vanligt förekommande att dessa personer lever längre med sin sjukdom än tidigare. Denna grupp består av allt från aktiva äldre personer till sköra äldre som

har ett stort behov av vård och omsorg. I den senare gruppen finns det därför en stor del som har behov av kommunal hälso-och sjukvård och det är därför viktigt att det finns en diabetessjuksköterska med ansvar för diabetesvård inom varje kommun. Diabetessjuksköterskan i kommunen ansvarar för att vårdpersonal i kommunen utbildas i blodsockermätning och insulinadministration. Inom den kommunala sjukvården har endast 30 % av alla undersköterskor och 50 % av alla sjuksköterskor har särskild kompetens inom just diabetes. Detta gör att diabetessjuksköterskorna på mottagningar, slutenvård och primärvård behöver hjälpa till att stödja personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården (Jansson, 2020).

I en kvalitativ studie inom ramen för en magisteruppsats beskrivs det att sjuksköterskor som arbetar inom hemsjukvården ofta upplever att det inte finns tillräckligt med rutiner kring just vård av personer med diabetes. När en person är inskriven i hemsjukvården upplever sjuksköterskor att de förväntas ta det fulla ansvaret för personen, problemet med detta är dock att vissa personer är endast inskrivna i hemsjukvården för ett specifikt problem, som till exempel såromläggning och inskrivningen då endast är under en begränsad tid. Detta gör att sjuksköterskor i hemsjukvården tycker att primärvården bör ta ansvar för andra hälsoproblem. Ett ytterligare problem med att sjuksköterskorna i hemsjukvården ofta står ensamma i vården, är att de hälsoproblem som prioriteras blir sådana som den enskilda sjuksköterska själv känner sig mest kompetent inom och har mest erfarenhet av, på grund av trygghet inför uppgiften. Detta gör att det hade varit önskvärt att sjuksköterskor inom hemsjukvården kunde samverka med diabetessjuksköterskan från primärvården på ett bättre sätt för att kunna sprida mer kunskap sinsemellan (Bengtsson & Sörman, 2020).

Samverkan – en teoretisk grund

Enligt Socialstyrelsens termbank (2011) definieras samverkan som “ett övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte”. För att detta ska fungera inom vården finns nationella riktlinjer kring samarbete mellan slutenvård, primärvård och andra vårdenheter (Jansson, 2020). Om samverkan fungerar inom vården kan team bildas som tillsammans kan arbeta för ett och samma mål, där allas kompetens används för att optimera vården och för att nå en helhetssyn (Berlin & Sandberg, 2016). För att samverkan mellan professioner ska fungera måste kompetens identifieras. Som inom alla områden utvecklas även inom vården olika roller, dessa utmanas dock i takt med att kunskap och roller förändras. Att hjälpa är en grundpelare för alla roller inom vården och består trots utveckling, däremot finns det andra delar som makt, status och rykte som påverkar och påverkas av utvecklingen. För att undvika att dessa delar ska påverka samverkan negativt är det därför viktigt att ha positiv inställning både till olika professioner och till samarbetet dem emellan (Lidskog, 2016).

Många sjukdomar är idag mycket komplicerade då det finns flera aspekter och hälsoproblem att ta hänsyn till när det kommer till vård och behandling. Detta gör att det finns ett stort behov av interprofessionell samverkan inom vården (Wyt, 2008). Vårdpersonal behöver inte

bara ha kunskap om sin egen specialitet utan också om vården i sin helhet. På grund av detta blir det allt viktigare med samverkan både inom organisationen och mellan professioner, så att vårdpersonal på bra sätt kan föra individen vidare genom hela vårdkedjan. Vården kan kräva att mitt under en behandling behöva byta strategier och mål och det är därför desto viktigare att ha god samverkan med medarbetare (Berlin & Sandberg, 2016). När personer under sin vård får träffa olika vårdare med olika specialiteter uppkommer dock också risker med att varje vårdare kan ha olika syn på vilket problem som är viktigast samt hur det huvudsakliga hälsoproblemet bedöms behöva åtgärdas. Olika åtgärder och planer från olika professioner kan därför motverka varandra, och det finns också risk att vissa av de hälsoproblem som finns faller bort (Lidskog, 2016). När vårdnivåer inte arbetar i samstämmighet med varandra skapas dessutom variationer i vården som kan leda till dubbelarbete, ökad risk för komplikationer och sämre vårdkvalitet. För att förbättra detta krävs integrerad vård där en standardiserad behandling skapas och vården effektiviseras. Målet med att arbeta multidisciplinärt är att anpassa vården efter individen och arbeta utifrån samma vårdplan och behandlingsmål (Grant & Chika-Ezerioha, 2014).

Diabetesteam

Enligt de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2018) är teamsamverkan och ett multiprofessionellt synsätt ett mål för diabetesvården i Sverige, där diabetessjuksköterskan tillsammans med ansvarig läkare har en stor roll. Fysioterapeut, dietister, fotvårdsterapeuter samt kuratorer är andra professioner som ingår i teamet, som tillsammans med personen som vårdas sätter upp mål för behandlingen som syftar till att öka livskvalitet och minskad risk för komplikationer (Socialstyrelsen, 2018). Att arbeta med multiprofessionella team har funnits länge inom diabetesvården och specialiteten var en av de första inom vården. Efter detta har även andra specialiteter tagit efter, vilket gör att personer med diabetes har möjlighet att få vård från rätt specialitet och profession utifrån sitt enskilda behov. Samverkan bör vara det som vården bygger på oavsett om vården ges inom primärvården, kommunal vård eller slutenvården. Interprofessionell samverkan rekommenderas i de internationella riktlinjerna för barn, unga samt vuxna och gör också att behandlingen personcentreras och involverar individen i sin egen vård (Lindberg, 2020). Personen som lever med en kronisk sjukdom är den som är specialist på sin egen sjukdom, medan vårdpersonal besitter kunskap inom diabetes generellt och är experter i sin yrkesroll. Personen med diabetes bör därför få adekvat information och stöd för att kunna fatta rätt beslut, vara delaktig i sin behandling och ha möjlighet att påverka behandlingsval (Hedman, 2014).

Diabetes är en specialitet som har nytta av interprofessionell samverkan, för att minska risken för de komplikationer som kan tillkomma vid diabetes. Många misstag sker och onödiga kostnader tillkommer på grund av bristande samverkan inom och mellan professionerna (Wyt, 2008). För att minska risken för komplikationer krävs som tidigare nämnt gott egenvårdsstöd, och det är då viktigt att personer med diabetes får möjlighet att kunna prata med sin ansvariga diabetessjuksköterska om sin sjukdom, sina känslor kring sjukdomen, sin egen uppfattning om förutsättningar och förmågor kring att kunna hantera sjukdomen samt vilket ansvar och

syn på framtiden personen själv har. Genom att dela med sig av dessa tankar och känslor kan individens känsla av stöd kring egenvård öka (Hörnsten, 2020). Livsstilsförändringar är en viktig del för personer med diabetes. För att stödja detta bör vården prioritera att ge gruppundervisning, lära individen om blodsockermätning samt utbildning om kost vid diabetes. Det är också viktigt att personer med nypupptäckt diabetes typ 2 följs upp inom tre månader, och om det framkommer vid detta tillfälle att individen inte nått sitt målvärde bör uppföljning fortsatt ske var tredje månad där behandlingen ses över och eventuellt justeras (Fors, 2020).

På grund av en hög prevalens av depression hos personer med diabetes är samverkan med psykologer och kuratorer av stor vikt (Dean, 2012). Vid komplikationer som påverkar nerver, njurar, ögon eller sår krävs det att andra specialiteter kopplas in i vården. Hos person med diabetes som utvecklat fotsår utgör diabetesläkare och diabetessjuksköterska tillsammans med kärlkirurg, ortopedtekniker, ortoped samt fotvårdsterapeut ett specialiserat diabetesfotteam. För gravida kvinnor med diabetes kopplas också förlossningsläkare samt barnmorska med diabeteskompetens in. För god samverkan mellan professionerna bör det finnas möjlighet att träffas regelbundet och diskutera enskilda fall gällande personer med diabetes och dess individuella svårigheter med behandlingen eller sjukdomen. Det är även viktigt med teamträffar inom hela specialistvården någon gång per år för samsyn gällande diabetesvården i stort (Lindberg, 2020). Ett öppet klimat som bidrar till en gemensam syn på samverkan samt målet med vården resulterar i bättre vårdkvalitet för personer med diabetes. Medlemmar inom teamet bör få utbildning inom kommunikation och träning inom samverkan för att utveckla deras förmågor att arbeta effektivt som team. Det minskar i sin tur risken för att göra misstag i vårdandet av personer med diabetes (Mundt et al., 2016).

Problemformulering

Gemensamt för diabetes typ 1 och 2 är att det är en komplex sjukdom som för med sig risker för andra sjukdomar och allvarliga komplikationer. För att minska risken för komplikationer krävs det att dessa personer får god utbildning inom diabetes, samt att vårdkedjan ger förutsättningar för att dessa personer har gott stöd och uppföljning. Personer med diabetes typ 1 följs på diabetesmottagningar medan personer med diabetes typ 2 vanligtvis följs inom primärvården. Både personer med diabetes typ 1 och diabetes typ 2 kan vårdas inom slutenvården, både vid debut av sjukdomen, om sjukdomen är okontrollerad eller vid tillstötande av komplikationer eller andra sjukdomar. Inom alla dessa vårdnivåer arbetar flertalet professioner, och för att vården av personer med diabetes ska utgå från gemensamma mål är det nödvändigt med god samverkan både mellan vårdnivåer samt inom vårdnivåer. För att samverkan ska fungera krävs rutiner, att rätt kompetens för rätt hälsoproblem identifieras samt att det finns positiva attityder till samverkan. Vi som arbetar inom slutenvården kan uppleva att rutinerna kring samverkan inom diabetesvården inte alltid är tydliga och att samverkan både mellan professioner och mellan vårdnivåer inte fungerar optimalt. Genom att undersöka aktuellt forskningsläge angående erfarenheter av interprofessionell samverkan inom diabetesvården, hoppas vi kunna få en bild av vad som ligger till grund för god

samverkan samt vilka hinder som finns, och på så sätt kunna föra detta vidare till den egna verksamheten.

Syfte

Syftet med denna litteraturoversikt är att beskriva erfarenheter av interprofessionell samverkan både inom och mellan vårdnivåer för vuxna personer med diabetes.

Metod

Metoden som valdes var en systematisk litteraturoversikt baserad på kvalitativ forskning. En systematisk litteraturoversikt bygger på att identifiera den kunskap som finns inom ett område och syftar till att svara på en specifik fråga med hjälp av att sammanställa evidensbaserad forskning (Polit & Beck, 2021). Genom att använda kvalitativ design kan forskaren med hjälp av att samla tidigare forskning sammanfatta den kunskap som finns inom ett område, där fokus ofta ligger på erfarenheter eller upplevelser (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Problemidentifiering

När ett forskningsämne har valts är det viktigt att tydliggöra och begränsa detta till en specifik fråga. Det är viktigt att forskningsfrågan består av alla de delar som forskningens syfte avser att undersöka. För att identifiera och formulera forskningsfrågan användes PEO (Population, Evaluation, Outcome) som är ett användbart sätt att bryta ned forskningsfrågan just vid kvalitativ forskning (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). I denna litteraturoversikt har PEO definierats som följande:

- Population: Hälso- och sjukvårdspersonal.
- Evaluation: Interprofessionell samverkan både inom och mellan vårdnivåer.
- Outcome: Hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av interprofessionell samverkan.

Litteratursökning

I samråd med handledare togs relevanta sökord för syftet fram. Till en början gjordes ostrukturerade sökningar för att få en bild av aktuellt forskningsläge. Litteratursökningarna utfördes sedan strukturerat i två olika databaser. I PubMed som är en databas med litteratur främst inom medicin men också omvårdnadsrelaterad litteratur, samt i CINAHL som främst inkluderar omvårdnadsrelaterad forskning (Östlundh, 2017). Sökningarna gjordes i fritext (Tabell 1). Till resultatet inkluderades endast originalartiklar.

Nedan finns listat vilka inklusionskriterier och exklusionskriterier som användes. Totalt screenades 220 artiklar utifrån titel, 35 artiklar screenades på abstraktnivå och 16 artiklar lästes i fulltext.

Inklusionskriterier:

- Peer reviewed
- Tillgängligt abstrakt
- Vuxna personer över 18 år
- 2010-2020

Exklusionskriterier:

- Artiklar med fokus på barn

Utifrån databassökningen valdes åtta artiklar relevanta utifrån syftet. En artikel hittades också via relaterade länkar till en artikel från databassökningen. Totalt inkluderades alltså nio artiklar i litteraturöversikten, var god se bilaga 2 för beskrivning av samtliga inkluderade artiklar.

Tabell 1 Artikelsökning i databaser

Databas Datum	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
Cinahl 201120	Diabetes AND education AND inpatient care AND outpatient care	2010-2020, abstract available, peer review, all adults.	20	7	0
PubMed 201120	Healthcare professionals AND experience AND cooperation AND diabetes	2010-2020, abstract available	44	6	4
Cinahl 201120	Nurse experience AND education AND diabetes	2010-2020, abstract available, peer review	43	5	2
Pubmed 201124	Diabetes AND multidisciplinary care AND experiences AND nurse	2010-2020, abstract available	32	4	1
Pubmed 201124	Diabetes AND multidisciplinary team AND integrated care	2010-2020, abstract available	90	13	1

Dataevaluering

När sökningen gjorts screenades artiklarnas titlar. Om artiklarnas titlar verkade relevanta utifrån syftet lästes dess abstrakt. De artiklar vars abstrakt svarade på syftet inkluderades i urvalet för litteraturöversikten. De artiklar där det rädde osäkerhet kring relevans lästes ytterligare en gång i sin helhet. För att bedöma kvaliteten på artiklarna granskades samtliga artiklar enligt SBU:s granskningsmall för kvalitativ metodik. Artiklarnas metodologiska brister graderades utifrån obetydliga, måttliga eller allvarliga, och genererade i en

sammanvägd helhetsbedömning av artikelns kvalitet utifrån en tregradig skala av låg kvalitet, medelhög kvalitet eller hög kvalitet (SBU, 2020). Kvalitetsgranskningen gjordes initialt individuellt av författarna och diskuterades sedan gemensamt för att komma fram till en samlad bedömning (Bilaga 2).

Dataanalys

När artiklarna hade lästs flera gånger började författarna leta efter gemensamma teman. I enlighet med Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) metod för dataanalys bestämdes redan innan vad som skulle eftersökas i artiklarna utifrån syftet, vilket i detta fall var erfarenheter av interprofessionell samverkan. Dessa data färgmarkerades där olika färger belyste olika kategorier av erfarenheter eller faktorer som påverkade samverkan. I Bilaga 3 presenteras exempel på extraherad rådata. De kategorier som framkom parades sedan ihop för att hitta gemensamma relevanta subteman, och utifrån detta utvinna relevanta huvudteman. Resultaten i primärartiklarna lästes sedan igen för att säkerställa att huvudteman och subteman var relevanta.

Forskningsetiska överväganden

Inom forskning betyder oredlighet förfalskning, plagiering eller fabricering som begås med uppsåt eller oaktsamhet i rapporteringen (SFS 2019:504). Det blir i en litteraturstudie särskilt viktigt att inte förändra ursprungstexten utan att återge tidigare forskning på ett korrekt sätt. Etikprövning innebär alltid en vägning av den individuella integriteten och vetenskapligt värde (Cöster, 2014). I en systematisk litteraturöversikt behövs inte samtycke från deltagare utan de studier som används i litteraturöversikten ska vara etiskt godkända eller ha ett starkt etiskt övervägande redovisat. Samtliga utvalda artiklar vi valt har dessa kriterier (Codex, 2020).

Resultat

35 artiklar screenades på abstraktnivå, 19 artiklar exkluderades på grund av att abstrakt eller metod inte var relevanta utifrån syftet. 16 artiklar i lästes fulltext, sju artiklar exkluderades då de inte uppfyllde syftet (Bilaga 1). Nio artiklar inkluderades i litteraturöversikten (Bilaga 2). Två artiklar är gjorda i Norden, ytterligare två i Europa och resterande är gjorda utanför Europa. Två artiklar har mixad studiedesign och resterande sju har en kvalitativ design. I de två artiklar med mixad metod har endast kvalitativ data tagits med i litteraturöversikten. Urvalet i artiklarna består av både undersköterskor, sjuksköterskor samt läkare och studiemiljön utgörs av både slutenvården, specialistvården, primärvården och den kommunala vården. Samtliga artiklar är kvalitetsgranskade och två artiklar bedömdes vara av hög kvalitet, och resterande sju av medelhög kvalitet. Ingen inkluderad artikel bedömdes ha låg kvalitet. Från dataanalysen identifierades två huvudteman och sex subteman som tillsammans utgör litteraturstudiens resultat, se figur 1.

Huvudtema	Subtema
Professionens betydelse för samverkan	<ul style="list-style-type: none"> • Vikten av tydliga roller • Ansvarsfördelning • Förståelse och respekt för varandra
Interaktionens betydelse för samverkan	<ul style="list-style-type: none"> • Hinder och möjligheter för kommunikation • Förutsättningar för arbetsrelation • Tilltro till varandras kompetens och kunskapsutbyte

Figur 1. Översikt av huvudteman och subteman som framkom i analysen.

Professionens betydelse för samverkan

Vikten av tydliga roller

För att samverkan mellan olika professioner ska fungera är det viktigt att ha förståelse för de olika rollerna (Gucciardi et al., 2016; Sørensen et al., 2020; Riordan et al., 2019). Gucciardi et al. (2016) undersökte hur samverkan upplevdes mellan vårdpersonal inom primärvården och vårdpersonal inom ett diabetesteam. Diabetesteamet hade som uppdrag att hjälpa primärvården utbilda personer med diabetes om sjukdomen, men fanns även till för att stötta personalen inom primärvården (Gucciardi et al., 2016). Erfarenheter från vårdpersonal tyder på att det är viktigt med tydliga rollbeskrivningar. En förutsättning för god samverkan och en viktig grund för att kunna implementera interprofessionell vård var gemensam förståelse för varje professions roll (Gucciardi et al., 2016, Sørensen et al., 2020).

Diabetessjuksköterskans roll innebar att vara konsult vid mer komplicerade fall, samt använda sin specialistkunskap till att utbilda både allmänläkare och andra sjuksköterskor. Diabetessjuksköterskan sågs också som en länk mellan primärvården och specialistvården (Aguirre-Duarte, 2015; Riordan et al., 2019). I en studie infördes en modell för att utveckla samverkan inom diabetesvården. Då arbetsbeskrivningen kring diabetessjuksköterskans roll inte förtydligades skriftligt med förklaringar och riktlinjer kring arbetsrollens uppgifter och mål upplevde diabetessjuksköterskan att de var tvungna att bara finna sig i situationen och arbeta vidare trots dessa otydligheter. När det saknades tydliga beskrivningar kring diabetessjuksköterskans roll skapades också en del missuppfattningar om rollen, vilket ledde till ett behov av att behöva förklara sig gentemot kollegor angående rollen, arbetstider, hur tiden användes och hur arbetsuppgifterna såg ut (Riordan et al., 2019). På sjukhusen var diabetessjuksköterskans roll tydligare, men trots detta kunde vissa uppleva att deras roll missuppfattades och de kände sig därmed inte uppskattade, medan rollen ibland utnyttjades och de fick ansvara för att vårda fler personer än vad som var nödvändigt och egentligen möjligt rent tidsmässigt (Riordan et al., 2019).

I takt med att antalet diabetessjuksköterskor blev fler, och genom att informera om diabetessjuksköterskans roll, ökade förståelsen för rollen på sjukhus. I kommunen upplevdes detta svårare då diabetessjuksköterskan i större utsträckning var tvungen att arbeta självständigt och utan någon att bolla med, då det inte alltid fanns kollegor att fråga om råd och be om hjälp, till skillnad från hur de var för de diabetessjuksköterskor som arbetade på sjukhus (Riordan et al., 2019). Det fanns också diabetessjuksköterskor inom kommunen som såg det som deras roll och uppgift att hålla sig uppdaterad om kunskap just för att kunna utbilda, informera och hjälpa sina kollegor inom kommunen, likväl som att utveckla sin egen kunskap (Hausken & Graue, 2012). Diabetessjuksköterskor inom kommunen kände sig ofta ensamma i sin roll, men genom att ta hjälp, råd och stöd av varandra skapades ett tryggt nätverk, som också ledde till att diabetessjuksköterskor inom kommunen blev mer självsäkra i rollen. Genom att konsultera med varandra kunde riktlinjer och rutiner skapas. På sjukhusen hade man istället ett tätare samarbete sjuksköterskor emellan där det handlade mer om vägledning och att kunna diskutera olika patientfall sinsemellan (Riordan et al., 2019). En del diabetessjuksköterskor tyckte att deras kunskap gällande diabetes och insulinbehandling var mycket djupare än andras inom arbetsgruppen och såg därför sin egen roll som viktigare (Manski-Nankervis et al., 2014).

Ett multidisciplinärt arbetssätt har i flera studier visat sig ge diabetessjuksköterskan en central roll (Gucciardi et al., 2016; Nayeri et al., 2020; Riordan et al., 2019). Diabetessjuksköterskor uttryckte att även om de var säkra på sina egna förmågor, så var de i en ny, okänd professionell roll (Riordan et al., 2019). Trots detta visade sig ett multidisciplinärt arbetssätt ha inverkan på sjuksköterskans roll när det kom till professionellt värde. Det professionella värdet hade att göra med sjuksköterskans makt och effektivitet i sin roll. Erfarenhet, kompetens och etik var också komponenter som bidrog till professionalitet inom sjuksköterskeyrket (Nayeri et al., 2020). Sjuksköterskorna i diabetesteamet upplevde att de först kände sig som utomstående, och försökte till en början avvakta med att lägga sig i den vården som bedrevs och de rutiner som redan fanns för att inte skapa spänningar. Först när diabetesteamet hade fått möjlighet att berätta om fördelarna med det interprofessionella samarbetet och när de kände sig mer välkomna, upplevde de att de kunde börja arbeta tillsammans (Gucciardi et al., 2016). När man sedan började arbeta multidisciplinärt hade detta god effekt på kunskap och självständighet hos sjuksköterskor (Nayeri et al., 2020). Det multidisciplinära arbetssättet visade sig kunna öka både sjuksköterskors och undersköterskors självständighet då de i större utsträckning arbetade under delegering av läkare eller i undersköterskors fall även under diabetessjuksköterskor, och att detta i sin tur var mycket fördelaktigt för utvecklingen av professionens roll (Sørensen et al., 2020; Manski-Nankervis et al., 2014).

Ansvarsfördelning

Hur ansvar fördelades berodde på hur väl samverkan fungerade både mellan professioner och mellan vårdnivåer (Schweizer et al., 2017; Sørensen et al., 2020; Manski-Nankervis et al., 2014). Det fanns en rädsla i att tappa det medicinska ansvaret om man började samverka med

en annan profession, då risken fanns att någon annan skulle ta över huvudansvaret. Detta gjorde i sin tur att framför allt läkare och specialistutbildad personal undvek att samverka (Schweizer et al., 2017; Sørensen et al., 2020; Manski-Nankervis et al., 2014). Det fanns även tillfällen då ingen ville ta huvudansvaret. Anledningen till att det fanns en ovilja att samverka över professioner och mellan vårdnivåer var för att det fanns en otydlighet i hur uppgifter skulle fördelas och vem som ansvarade för vad (Schweizer et al., 2017). Genom att arbeta multidisciplinärt blev ansvarsfördelningen tydligare. Läkare upplevde att detta ledde till mindre tidspress, tydligare rutiner och mer kontinuitet i vården. Sjuksköterskor hade större möjlighet att under deras patientmöten inkludera hela personen och dess behov, resurser, mål och känslor. Läkare kunde då i större utsträckning fokusera på den medicinska delen med behandling (Sørensen et al., 2020).

Det var också skillnad i hur ansvarsfördelning uppfattades beroende på om det var inom primärvården eller specialistvården, framför allt när det kom till vilket ansvar undersköterskor skulle ha. Inom primärvården angav läkare att med rätt utbildning och träning kunde undersköterskor arbeta under delegering och hantera uppstart av insulinbehandling vid okomplicerade fall. Inom specialistvården var det inte lika självklart att undersköterskor kunde ha en central roll inom diabetesvården (Manski-Nankervis et al., 2014). Diabetologer och diabetessjuksköterskor ansågs också ha en bättre samverkan sinsemellan. Detta kunde skapa spänningar, allmänläkare kunde uppleva att diabetessjuksköterskan vände sig till diabetologen istället för allmänläkaren om det uppstod frågor eller problem, trots att denne hade huvudansvaret för individens vård. Detta gjorde att allmänläkare kände sig hotade i sin profession (Schweizer et al., 2017). Även en del diabetessjuksköterskor rapporterade att de kunde känna sig hotade när det kom till att undersköterskor skulle vara mer involverade. Vissa tyckte att insulinbehandling och dess uppstart var diabetessjuksköterskans ansvar, medan vissa tyckte att undersköterskor kunde utbildas till att göra detta med stöd av läkare eller diabetessjuksköterskor (Manski-Nankervis et al., 2014).

Förståelse och respekt för varandra

För att samverkan ska fungera mellan olika professioner och mellan vårdnivåer krävs förståelse och respekt (McDonald et al., 2012; Sørensen et al., 2020; Gucciardi et al., 2016). Förståelse och respekt utvecklas över tid och kommer med förväntningar och krav på hur man som samarbetspartners kan bete sig samt på den kompetensen var och en ska besitta (McDonald et al., 2012). Deltagare beskrev att om man någon gång tidigare stött på varandra i sin yrkesroll, fanns respekten redan där och förståelsen för varandra utvecklades snabbare. Om detta inte fanns tog det längre tid och det krävde regelbunden kontakt (Gucciardi et al., 2016). Genom att utveckla förståelse för varandra ökar chanserna att på ett bra sätt hantera osäkerheter och risker både inom och mellan vårdnivåer (McDonald et al., 2012).

Vården av personer med diabetes är komplex och att förstå och respektera varandras professioner är en grund för samverkan. I takt med att primärvården ökar kvaliteten och kompetensen kan fler specialiteter skötas där, vilket skapar variationer mellan förtroende och

misstro (McDonald et al., 2012). En del allmänläkare uttryckte att de inte ville remittera de personer med diabetes som de ansvarade för till specialistvården, då de ansåg att de helt tog över vården, medan en del allmänläkare uppgav att de uppskattade specialistvårdens hjälp. Förtroende och samverkan komplicerades således av viljan att ha makten och att vara den som tar de slutgiltiga besluten (McDonald et al., 2012).

Regler, riktlinjer och rutiner var hörnstenar för att skapa förståelse för varandra (McDonald et al., 2012). Diabetessjuksköterskor som var nya på en arbetsplats uttryckte att de räknade med att få stöttning från allmänläkare, men upplevde att för att få respekt behövde de anpassa sig och smälta in, vara lyhörda och flexibla. Det handlade om att känna av arbetsbelastningen, få en känsla för rutiner och avvakta med att ta för mycket initiativ för att istället hinna se och uppfatta hur saker och ting gjordes (Riordan et al., 2019). Om det var problematiskt eller tog tid att bygga förståelse och respekt resulterade det i problem för diabetessjuksköterskor. Till exempel kunde det bli svårigheter kring att få förskriva läkemedel och material till personer med diabetes, då detta få kunde inkräkta på läkarens autonomi. Detta kunde i sin tur då förstöra förtroendet mellan professionerna (Riordan et al., 2019).

Interaktionens betydelse för samverkan

Hinder och möjligheter för kommunikation

Kommunikation inom primärvård och specialistvård var en huvudfaktor för att samverkan skulle fungera mellan vårdnivåer (Aguirre-Duarte, 2015). Brist på tillit gällande andra professioners kompetens påverkade kommunikationen (McDonald et al., 2012; Riordan et al., 2019; Schweizer et al., 2017). Allmänläkare hade en tendens att döma ut kompetensen hos andra professioner baserat på informationen i deras rapporter samt hur kommunikationen var. En tyst kunskap och förståelse för hur annan vårdpersonal arbetade hjälpte till att minska denna osäkerhet. Det krävdes större ansträngningar för att skapa och upprätthålla relationer där grundreglerna inte var välkända eller där det fanns olika förväntningar (McDonald et al., 2012).

Brister i kommunikationen fanns på flera håll och berodde i många fall på att det inte fanns en gemensam elektronisk journal som alla inom teamet hade tillgång till. Interaktion fick då ske indirekt genom olika metoder för kommunikation för att vidarebefordra information om personer med diabetes, då de olika parterna oftast inte arbetade i samma lokaler (Riordan et al., 2019; Gucciardi et al., 2016). Några ur diabetesteamet uttryckte att genom tillgång till dokumentation i elektroniska journaler kunde de gemensamt arbeta tillsammans med primärvården och lättare följa upp de personer som vårdades. Vid brist på information fick de använda alternativa lösningar som e-postmeddelanden och handskrivna anteckningar. Som ett resultat av detta var de inte alltid medvetna om vad som hade hänt under en persons sjukhusvistelse eller besök hos allmänläkare (Gucciardi et al., 2016). På andra håll fick diabetessjuksköterskor anpassa sig till den komplexa situationen och var ibland den enda länken mellan slutenvård och primärvård, och var den som fick ansvara för att rapportera viktig information mellan vårdnivåerna, dokumentera i journalen på två ställen, både på

sjukhus och i primärvården, istället för att använda tiden på ett mer tidseffektivt sätt (Riordan et al., 2019). När relationer mellan vårdpersonal undersöktes såg man att frekvent, snabb kommunikation kunde ske genom att deltagarna hade gemensamma journaler samt arbetade i samma lokaler och därmed hade möjlighet till problemlösningar vid fysiska möten. När det fanns möjlighet för sociala interaktioner och för att utveckla personliga relationer ökade chanserna att kunna skapa tillit och respekt (Manski-Nankervis et al., 2014; McDonald et al., 2012).

Förutsättningar för arbetsrelation

Resultatet tyder på att de starkaste arbetsrelationerna uppstod inom vårdnivåer. Exempelvis rapporterade specialistläkare och diabetessjuksköterskor om bra arbetsrelationer som präglades av gemensam kunskap och acceptans av varandras roller. Sammanfattningsvis hade diabetessjuksköterskor och specialistläkare en uppfattning om vem som gör vad samt hur och när man ska kommunicera. Goda arbetsrelationer kom också genom kommunikation via informella kanaler som under gemensamma luncher, småprat i korridoren och under konferenser. Fysisk interaktionen som vid korta konsultationer i korridoren uppgavs vara fördelaktiga. Sådana konsultationer uppgavs också som fördelaktiga för överföring av viktig patientinformation som kanske inte registrerats i individens journal men som ändå var viktigt att sprida (Gucciardi et al., 2016; Manski-Nankervis et al., 2016).

Mellan specialistläkare och diabetessjuksköterskor inom slutenvården fungerade kommunikationen allt som oftast bra och relaterat till tät kontakt var arbetsrelationen därför lätt att bibehålla. Däremot tyckte en del specialistläkare att kontakten och kommunikationen ibland försämrades mellan vårdnivåer, vilket resulterade i bristande arbetsrelationer med de diabetessjuksköterskor som jobbade inom kommunen eller primärvården. På liknande sätt utvecklades i primärvården undersköterskors (motsvarande) och allmänläkares arbetsrelationer över tid och förbättrades genom kunskap om varandras roller, gränser och noggranna observationer av varandras arbete. Allmänläkare stöttade undersköterskor (motsvarande) och deras pågående kompetensutveckling, inklusive initiering av insulin. De såg det som viktigt eftersom det annars var omöjligt för dem att hinna med alla administrativa uppgifter och att ge optimal patientvård. En del av dem erkände dock att det tog tid att anpassa sig, utveckla förtroende och känna sig bekväma med att undersköterskor (motsvarande) tog sig an en bredare roll. På det sättet var arbetsrelationen inte så utvecklad som mellan diabetessjuksköterskor och specialistläkare (Manski-Nankervis et al., 2014).

I avsaknad av en redan existerande arbetsrelation var en avgörande komponent för att förbättra arbetsrelationen regelbundna möten. Samlokalisering ansågs också som en viktig faktor i remitteringen av personer med diabetes till diabetesteamet. Personer ur diabetesteamet förklarade det som att de fick flest remisser från de personer inom primärvården som var på plats samma dagar som de själva och som de därmed fysiskt träffade och fick en relation till. En annan faktor som underlättade samverkan var att samma personer ur diabetesteamet återvände till samma platser inom primärvården. Båda parter föredrog den kontinuiteten som

detta innebar och fick då förtroende för varandra (Manski-Nankervis et al., 2014; Gucciardi et al., 2016). Relationerna mellan diabetessjuksköterskor och undersköterskor (motsvarande) ansågs vara viktig men förekomsten av dessa varierade och var också beroende av fysiska möten och samlokalisering, då detta underlättade kommunikationen. Relationerna mellan allmänläkare och specialistläkarna varierade beroende på om specialistläkaren arbetade privat eller på kommunalt sjukhus. När de inte kunde mötas fysiskt låg mottagligheten för remisser och kommunikation till grund för hur de uppfattade varandra. Om det sedan tidigare fanns en positiv erfarenhet av samverkan med en viss specialistläkare föredrog allmänläkare att hänvisa sina patienter dit igen (Manski-Nankervis et al., 2014).

Resultatet påvisade en skillnad mellan specialistsjuksköterskor och allmänsjuksköterskors uppfattning av samverkan. Spänningar och/eller konflikter rapporterades på tre nivåer; mellan sjuksköterskor och allmänläkare, mellan diabetessjuksköterskor och allmänsjuksköterskor samt mellan läkare. Sjuksköterskor berättade om incidenter där var på hembesök och var tvungna att hantera en hypo- eller hyperglykemi och att det då funnits tveksamheter om insulindoser. Eftersom de inte var behöriga att ändra doserna själva var de tvungna att ringa läkaren, och de kunde då uppstå spänningar (Schweizer et al., 2017). Resultatet visar också att dessa spänningar var vanligare gentemot diabetessjuksköterskor än allmänsjuksköterskor och många diabetessjuksköterskor kände sig tillrättvisade av allmänläkaren om de tog egna initiativ angående diabetesvården. Diabetessjuksköterskorna inkluderade allmänläkarna i de läkemedelsbeslut där det var möjligt och väntade därför ibland med att ordinera läkemedel tills de byggt upp ett förtroende och en relation med allmänläkaren, då det upplevdes påverka relationsbyggandet (Schweizer et al., 2017; Riordan et al., 2019). Det fanns även spänningar mellan diabetessjuksköterskan och allmänsjuksköterskan, dock upplevdes dessa bara av diabetessjuksköterskan. Mellan sjuksköterskor och diabetologer framkom inga konflikter, oavsett om sjuksköterskan hade specialistutbildning eller inte. Däremot rapporterade sjuksköterskorna att det fanns obekväma relationsproblem mellan läkare, som i sin tur ledde till att sjuksköterskor många gånger fick vara mellanhand mellan dessa läkare. Rollerna och arbetsuppgifterna mellan allmänläkare och diabetologer uppgavs vara oklara, vilket i sin tur kunde skapa spänningar. Alla läkare upplevde att samarbetet med diabetessjuksköterskor var bra men att diabetologer hade bättre koll på deras kompetens, vilket gjorde att diabetologer ofta såg diabetessjuksköterskan som viktigare än vad allmänläkaren gjorde (Schweizer et al., 2017).

Tilltro till varandras kompetens och kunskapsutbyte

Resultatet påvisade en varierande grad av förtroende för varandras roller och kompetens (Schweizer et al., 2017; Manski-Nankervis et al., 2014). Inom specialistvården uttryckte specialistläkare och diabetessjuksköterskor osäkerhet kring allmänläkares kompetens. Genom att bedöma de remisser som specialistläkare fick till sig från allmänläkare, upplevde de att det fanns en stor variation i kvalitet, noggrannhet och tillräckligt med information angående individens bakgrund, mediciner, patologiska resultat och vad de ville att specialistläkaren skulle göra. Detta minskade tilltron till kompetensen hos allmänläkare (Manski-Nankervis et

al., 2014). Allmänläkare beskrev en oro över att bli kritiserade angående sin kompetens av specialistläkare. De upplevde en allians mellan diabetessjuksköterskor och diabetesläkare som uteslöt dem från patientvården. De var också oroliga för att förlora behandlingsansvaret när de remitterade vidare till specialistläkare (Schweizer et al., 2017).

Diabetessjuksköterskan hade varierande respekt för allmänläkare och uppgav att många av dem hade kunskap inom många områden, men endast lite kunskap angående handhavande av personer med diabetes och att de inte var så mottagliga för att ta till sig råd. De uttryckte att vissa läkare hade en generell inställning att inte lita på sjuksköterskor, och att dessa läkare inte kunde acceptera att vissa sjuksköterskor kunde ha mer kunskap än dem. Det fanns också en oro hos diabetessjuksköterskan att allmänläkare skulle använda undersköterskor (motsvarande) för att ersätta diabetessjuksköterskor vilket fick dem att känna att deras kunskap och utbildning inte respekterades eller erkändes. Trots detta uppgav allmänläkare att de uppskattade diabetessjuksköterskans kunskap och expertis och litade på att de kunde hjälpa dem (Manski-Nankervis et al., 2014). Läkare ansåg att när det kom till att delegera till sjuksköterskor krävdes det tilltro till varandras kompetens och kunskap och att det var viktigt med tydlighet kring att man delade samma filosofi (Sørensen et al., 2020).

När man i sin profession kunde se att andra professioner hade kunskap som var kompletterande till sin egen kunde det i sin tur leda till bättre vård och en ökad vilja att samverka. Genom gemensamt utbyte av varandras erfarenheter och genom diskussion kom man fram till lösningar tillsammans. Kommunikationen angående problem förbättrades och genom att dela med sig av kunskap blev vårdpersonalen i större mån mer medvetna om sin egen kunskap och sina kunskapsluckor samt tvingades uppdatera sin kunskap gällande ny forskning, olika behandlingar och medicinsk teknik (McDonald et al., 2012; Gucciardi et al., 2016; Hausken & Graue, 2012; Sørensen et al., 2020). Vårdpersonal i primärvården beskrev att när de arbetade gemensamt med diabetesteamet såg de deras gemensamma beslutsfattande mer jämställt istället för att bara "lasta av" patienterna till diabetesteamet och låta dem sköta jobbet som de upplevde att de gjort innan deras samverkan startade (Gucciardi et al., 2016).

Allmänläkare och sjuksköterskor i primärvården sökte information angående råd om behandling i specialistvården, medan vårdpersonal i specialistvården fungerade som rådgivare och leverantörer av kunskap. Resultatet belyser att diabetessjuksköterskor fungerade som en bro mellan primärvården och specialistvården. För att förbättra kunskapsöverföringen till primärvården krävdes samarbete, samordning och kommunikation (Gucciardi et al., 2016; Aguirre- Duarte, 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

För att belysa erfarenheter av interprofessionell samverkan både inom och mellan vårdnivåer för vuxna personer med diabetes valdes kvalitativ metod då det är en fördel när fokus ligger på att undersöka just erfarenheter (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Två artiklar hade mixad metod, och inkluderades ändå då dessa artiklar svarade väl på litteraturöversiktens syfte. I dessa artiklar fanns en kvantitativ del och en kvalitativ del, och i litteraturöversikten användes då bara information från den kvalitativa delen. Det kan finnas en nackdel i att endast använda den kvalitativa delen då det kan vara lätt att missa helhetsbilden av resultatet i forskningen. Genom att endast använda kvalitativ forskning kan trovärdigheten öka, då risken för bias minskar genom att endast undersöka kvalitativ forskning när syftet med litteraturöversikten är att belysa erfarenheter (Polit & Beck, 2021).

Till en början gjordes breda sökningar för att få en övergripande bild av kunskapsläget. Genom att initialt göra breda sökningar minskar även risken för bias (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). De sökord som sedan användes i litteraturöversikten är framtagna i samråd med handledare. Under litteratursökning togs det ingen hjälp från bibliotekarie då bedömningen gjordes att vi hittat tillräckligt med relevanta sökord. Sökningarna har endast skett i fritext. MeshTermer och CinahlHeadnings har inte använts då författarna upplevde att det materialet som framkom i fritextsökningarna gav nog relevant information för litteraturöversikten. Vi är dock medvetna om att möjligheten finns att litteratursökningen blivit mer avancerad och att använda detta hade kunnat generera i fler relevanta artiklar, vilket hade kunnat öka litteraturöversiktens trovärdighet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Totalt hittades nio relevanta artiklar som inkluderades i litteraturöversikten. Detta antal kan anses vara lågt men mängden av resultatet som framkommit i artiklarna bedömdes som nog relevant och det var därför inte nödvändigt att söka mer material.

Artiklarna kvalitetsgranskades och två artiklar bedömdes ha hög kvalitet och sju artiklar bedömdes ha medelhög kvalitet. Samtliga artiklar hade ett tydligt syfte baserat på relevant bakgrund och urval samt metod var väl beskrivet. I de artiklar som graderades till medelhög kvalitet var det framför allt forskarens bakgrund och därmed förförståelse som inte tydligt framkom. Totalt innefattar de nio inkluderade artiklarna intervjuer från 199 deltagare. Dessa deltagare var allmänläkare, specialistläkare, allmänsjuksköterskor, diabetessjuksköterskor, undersköterskor (motsvarande) och medicinska sekreterare. Däremot hittades inga artiklar ur litteratursökningen som innehöll deltagande från dietister. Detta hade varit relevant att ha med då dietister utgör en stor del i diabetesvården. Kontexten är både diabetesteam, primärvård, slutenvård samt diabetesmottagningar. Med brett urval och kontext ökar trovärdigheten och överförbarheten i resultatet (Polit & Beck, 2021). Artiklarna kom från ett flertal olika länder (se Bilaga 2). Med detta tillkommer också olika sjukvårdssystem och olika definitioner, beskrivningar och funktioner för de olika professionerna. Det innebär att vi har behövt

översätta samt tolka vad som är likvärdigt både svenska vårdnivåer och svenska yrkeskategorier, vilket kan ha inneburit en risk att resultaten inte är fullt överförbara till en svensk kontext.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva erfarenheter av interprofessionell samverkan både inom och mellan vårdnivåer för personer med diabetes. I resultatet framkommer två huvudteman. Professionens betydelse för samverkan, som visade på att för att samverkan ska fungera är det viktigt med rolldefinitioner och tydliga beskrivningar över vem som ansvarar för vad, och att det finns respekt och förståelse för detta. Det andra huvudtemat, interaktionens betydelse för samverkan, beskriver hur kommunikation, goda arbetsrelationer och förtroende för varandras kompetens är hörnstenar för god samverkan.

Genom att ha tydliga rolldefinitioner inom diabetesvården ökar chanserna att på ett bra sätt arbeta multidisciplinärt (Gucciardi et al., 2016; Sørensen et al., 2020; Riordan et al., 2019). Att arbeta multidisciplinärt kan i sin tur leda till att sjuksköterskans profession uppmärksammas mer, särskilt kan diabetessjuksköterskor med specialistkompetens få en fördjupad roll, främst genom att få utbilda andra. Likväl erhåller allmänsjuksköterskor och undersköterskor fördjupad kunskap och mer status genom att få utbildning och ökad kompetens inom diabetes (Sørensen et al., 2020; Manski-Nankervis et al., 2014). Genom att kunskap och kompetens hos personalen ökar, kan detta leda till bättre vård för personer med diabetes. Om man kan minska återinläggningar inom slutenvården med hjälp av ett multidisciplinärt arbetssätt där specialistutbildad personal har en utbildande roll, både för att öka kunskapen hos personal, men också bidra till att personer med diabetes får bättre utbildning och kunskap om sin sjukdom, bör samverkan inom professionen vara ett mål för diabetesvården (Drincic et al., 2017; Siddique, 2014). När professioner uppmärksammas på detta sätt och roller fördjupas, kan professionens status öka. Detta skulle kunna ha ett gott inflytande på ett multidisciplinärt arbetssätt då detta kan bidra till tydliga rolldefinitioner, samtidigt som status kan göra att vissa roller anses vara viktigare än andra (Manski-Nankervis et al., 2014). När roller inom vården påverkas av makt och status, skapas hierarkiska strukturer. Om dessa delar blir för stora kan möjligheten att samverka påverkas och det kan vara ett hinder för multidisciplinär samverkan. För att det inte ska bli ett hinder behövs positiv inställning till samverkan, då detta har visat sig ha god effekt för att motverka att komponenter såsom makt och status ska påverka attityder till samverkan negativt (Lidskog, 2016). Vår egen erfarenhet som allmänsjuksköterskor på en diabetesavdelning är att det kan finnas en viss spänning mellan allmänsjuksköterskor och diabetessjuksköterskor. Många gånger anses diabetessjuksköterskans roll vara viktigare inom diabetesvården och vi upplever att rollen många gånger är mer tillrättvisande när man anser att allmänsjuksköterskor gjort fel, snarare än en utbildande roll, vilket kan påverka samverkan mellan slutenvårdsavdelningen och diabetesmottagningen negativt.

En bromskloss för att samverkan ska fungera är att professioner har svårt att tydligt fördela ansvaret över gemensamma patienter. Det råder konflikter både vid tillfällen där ingen vill ha ansvar och tillfällen där alla vill ha ansvar. Det finns en viss rädsla i att vara huvudansvarig på grund av risken att bli dömd av andra (Schweizer et al., 2017; Sørensen et al., 2020; Manski-Nankervis et al., 2014). Om det råder otydligheter kring ansvar finns risken att personer med diabetes faller mellan stolarna och fokus hamnar på vem som gör vad och vem som ansvarar för vad snarare än på personen som vårdas och dess huvudsakliga behov (Lidskog, 2016). Genom att ha ett multidisciplinärt arbetssätt kan förståelsen för varandras ansvarsområden öka. Inom slutenvården, vid behandling av personer med nyupptäckt diabetes, är det relativt tydligt när det kommer till vem som ansvarar för vad. En diabetessjuksköterska träffar personer med diabetes för information gällande tekniska delar som blodsockermätning och insulinsadministrering, en dietist informerar om kost och en läkare ansvarar för att informera om den medicinska delen (Tiverner et al., 2015). Enligt vår erfarenhet på medicinavdelning träffar diabetessjuksköterskan personer med framför allt nyupptäckt diabetes någon eller några dagar efter inläggning, när tid finns. Ibland kan det dröja då inläggning sker exempelvis inför helg och diabetessjuksköterska inte finns tillgänglig förrän efter helgen. Det blir då sjuksköterskan på avdelningens ansvar att ge information om diabetes samt introducera blodsockermätning och insulinadministrering. Diabetessjuksköterskan går sedan igenom dessa delar på ett djupare plan samt förskriver hjälpmedel. Det har byggts upp en intern förståelse kring att diabetessjuksköterskan inte kan medverka vid den akuta fasen och att det också kan vara bra att all information inte ges till personen med nyupptäckt diabetes på samma dag. Vi upplever att detta gör att ansvarsfördelningen är tydlig och därmed ökar förståelsen för varandras arbete, vilket gör att det upplevs enklare att samverka.

Det finns fördelar med att sjuksköterskan får möjlighet att ansvara över delar såsom patientberättelsen, känslor, hinder, resurser och behov, medan läkaren ansvarar för den medicinska behandlingen (Sørensen., 2020). Detta gör det lättare att utgå från individens bästa, fånga in och ta hänsyn till alla aspekter av hälsa och ohälsa och att göra detta kräver interprofessionell samverkan (Wyt, 2008; Berlin & Sandberg, 2016). När olika professioner eller vårdnivåer är involverade i en individs vård är det viktigt att det finns gemensamma mål (Lidskog, 2016). Saknas detta är risken för dubbelarbete, komplikationer samt misstag större och vårdkvaliteten försämras (Grant & Chika-Ezerioha, 2014).

Diabetessjuksköterskor och diabetologer som arbetar inom specialistvården på sjukhus, förväntas besitta mest fördjupad kunskap och kompetens när det kommer till diabetes, och diabetessjuksköterskan bör fungera som en länk mellan primärvården och specialistvården (Aguirre- Duarte, 2015; Riordan et al., 2019). Med en specialistutbildning är förväntningarna fördjupad kunskap, vilket i sin tur kan leda till osäkerhet och tvivel när det kommer till andras kompetens, framför allt när det kommer till specialistvårdens tilltro till grundutbildad personals kompetens av diabetesvård (Manski-Nankervis et al., 2014). Detta skapar i sin tur en otrygg känsla och osäkerhet hos personal med grundutbildning på grund av oro över att bli bedömd av personal inom specialistvården (Schweizer et al., 2017). Genom att samverka blir

personal också uppmärksammade om sina egna kunskapsluckor och därmed också mer motiverade till att uppdatera sig angående forskning och fördjupa sin kompetens (McDonald et al., 2012; Gucciardi et al., 2016; Hausken & Graue, 2012; Sørensen et al., 2020). Om man kan nå en punkt där alla inblandade professioner kan se att det finns fördelar med att komplettera sin kunskap med andras, oavsett utbildningsnivå och därmed både ge av sin kunskap, samt få av andra, kan respekten och förståelsen för varandra och därmed viljan att samverka öka (Gucciardi et al., 2016, Hausken & Graue, 2012). Till exempel kan sjuksköterskor inom hemsjukvården och diabetessjuksköterskor dela med sig av kunskap till varandra och utbilda varandra, och därmed öka kompetensen bland annat inom diabetes i den kommunala vården (Bengtsson & Sörman, 2020). Sambandet i att öka kunskapen samt viljan att samverka ligger i att det är viktigt att vårdpersonal besitter aktuell och uppdaterad kunskap när det kommer till att vårda personer med diabetes. Genom att diskutera behandlingsstrategier och sjukdomen inom och mellan olika vårdnivåer kan vårdpersonal få en gemensam kunskap om diabetes (Jansson, 2020). Vi upplever en variation när det kommer till kunskap om diabetes inom slutenvården. Vid initiering av blodsockermätning och insulinadministrering inom slutenvården kan det ta flera dagar innan introduceringen påbörjas, trots att rutinerna är att utbildning ska påbörjas tidigt efter ankomst till avdelningen. Vår uppfattning är att detta beror på tidsbrist samt kunskapsbrist, vilket leder till osäkerhet kring introduceringen och därmed en rädsla över att göra fel och inte nonchalans.

Ytterligare en viktig hörnsten inom samverkan är kommunikation. Till viss del visade sig kvaliteten av kommunikation vara ett sätt för vårdpersonal att bedöma andra professioners kompetens (McDonald et al., 2012). Att det i vissa fall då saknas gemensamma elektroniska journaler skapar problem då kommunikationen blir lidande. Gemensamma journaler inom vårdnivåer underlättar graden av samverkan. Mellan vårdnivåer saknades dock detta i stor grad (Riordan et al., 2019; Gucciardi et al., 2016). Då vården ska utgå från individens berättelse, gemensam planering och gemensamma mål ska detta alltid finnas med i den enskildes journal så att alla som är inblandade i vården kan få tillgång till planeringen, för att kunna ge bästa möjliga vård (Ekman et al., 2014). Anledningen till att kommunikation fungerar bättre inom vårdnivåer är för att arbetsrelationerna generellt är bättre inom vårdnivåer än mellan. Om det finns goda arbetsrelationer verkar det i grunden också finnas gemensam kunskap, respekt och förståelse för varandras roller. Då diabetessjuksköterskor arbetar i nära anslutning och har mycket kontakt med specialistläkare på diabetesmottagningarna är arbetsrelationerna mer utvecklade och kommunikationen därför bättre (Gucciardi et al., 2016; Manski-Nankervis et al., 2016). Saknas arbetsrelationen är det viktigt att under en tid ha möjlighet till fysiska möten för att på så sätt kunna utveckla den, då regelbunden kontakt ökar förtroende och respekt för varandra (Manski-Nankervis et al., 2014; Gucciardi et al., 2016). Det finns därför en vinst i att vårdpersonal får utbildning och träning inom kommunikation med fokus att effektivisera teamarbete och samverkan (Mundt et al., 2016).

Kliniska implikationer

Studien påvisar att det fortfarande finns hierarkiska strukturer inom vården som påverkar samverkan. Det krävs att strukturerna synliggörs, att vi får förståelse för varandras roller och att vi ser varandras kompetens för att förändra detta. Med interprofessionell samverkan kommer kommunikationen mellan olika vårdnivåer kunna bli bättre och vård, behandling och uppföljning kommer lättare kunna utföras.

Slutsats

För interprofessionell samverkan krävs rollförtydligande, ömsesidig förståelse och respekt gällande varandras profession och kompetens. Diabetessjuksköterskans roll kan fungera som en länk mellan olika vårdnivåer kan på så sätt bidra till ett multidisciplinärt arbetssätt inom diabetesvården. För att kunna arbeta multidisciplinärt och underlätta kommunikation inom teamet behöver vårdpersonal ha tillgång till samma elektroniska journalsystem. Fungerande kommunikation är en viktig hörnsten för samverkan och bör förbättras genom att vårdpersonal får teambaserad träning inom detta, för att också skapa goda arbetsrelationer samt för att underlätta kunskapsutbyte.

Referenslista

- Aguirre-Duarte, AN. (2015). Increasing collaboration between health professionals. Clues and challenges. *Colombia Medica*, 46(2), 66-70.
- Azami, G., Soh, K., Sazlina, S., Salmiah, S., Aazami, S., Mozafari, M., Taghinejad, H. (2018). Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of diabetes research*, 2018, 1-12 Doi:<https://doi.org/10.1155/2018/4930157>
- Bengtsson, L., & Sörman, C. (2020). Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården- en kvalitativ studie. *Göteborgs universitet- institutionen för vårdvetenskap och hälsa*, 1-36.
- Berlin, J., & Sandberg, H. (2016). Team – inledande reflektioner. I Berlin, J., & Sandberg, H. (Red.). *Team i vård, behandling och omsorg*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Berne, C. (2011). Endokrina sjukdomar. I Dahlström, U., Kechagias, S., & Stenke, L. *Intermedicin* (Femte upplagan ed.)
- Bettany-Saltikov, J., McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing*. (andra upplagan). London: Open University Press.
- Carlström, E., Berlin, J. (2004). Boken om team: En kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården. *Kunskaper om team – en sammanfattning*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Codex. (2020). *Forskarens etik*. Hämtad 2020-12-28 från <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber
- Dean, J. (2012). Organising care for people with diabetes and renal disease. *Journal of Renal Care*, 38(1), 23-29. Doi:[10.1111/j.1755-6686.2012.00272.x](https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2012.00272.x)
- Derosa, G., Catena, G., Scelsi, L., D'Angelo, A., Raddino, R., Cosentino, E., ... Maffioli, P. Glyko-metabollic control, inflammation markers, and cardiovascular outcomes in type 1 and type 2 diabetic patients on insulin pump or multiple daily injection. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36(1). Doi: 10.1002/dmrr .3219

- Diabeteshandboken. (2020). *Klassifikation*. Hämtad 2020-11-25 från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/1.-klassifikation-13705935>
- Diabeteshandboken. (2020). *Omhändertagande av nyupptäckt*. Hämtad 2020-12-05 från <https://www.diabeteshandboken.se/inneh%C3%A5ll/5.-omh%C3%A4ndertagande-nyuppt%C3%A4ckt-13715997>
- Drincic, A., Pfeffer, E., Luo, J., Goldner, W. S. (2017). The effect of diabetes case management and Diabetes Resource Nurse program on readmissions of patients with diabetes mellitus. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 8, 29-34. Doi: [10.1016/j.jcte.2017.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jcte.2017.03.003)
- Ekman, I., Norberg, A., Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber
- Etikprövningsmyndigheten. (2020). *Forskningsperson*. Hämtad 21-01-07 från <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskningsperson/>
- Fors, P. (2020). Omhändertagandet vid debut, uppföljning och individuella mål. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB
- Forsberg, S. (2020). Ketoacidosis och hyperosmolärt non-ketotiskt syndrom. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB
- Grant, P., & Chika-Ezerioha, I. (2014). Evaluating diabetes integrated care pathways. *Practical Diabetes*, 31(8), 319-322. Doi: [10.1002/pdi.1894](https://doi.org/10.1002/pdi.1894)
- Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A., & Durado, L. (2016). Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care. *BMC Family Practise*, 17(12), 1-14. Doi: [10.1186/s12875-016-0407-1](https://doi.org/10.1186/s12875-016-0407-1)
- Hausken, MF., & Graue, M. (2012). Developing, implementing and evaluating diabetes care training for nurses and nursing aides in nursing homes and municipal home-based services. *European Diabetes Nursing*, 10(1), 19-24. Doi: [10.1002/edn.219](https://doi.org/10.1002/edn.219)
- Hedman, H. (2014). Patientens- personens röst. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber
- Hörnsten, Å. (2020). Egenvård och egenvårdsstöd- möjligheter och hinder i olika faser av sjukdomen. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB

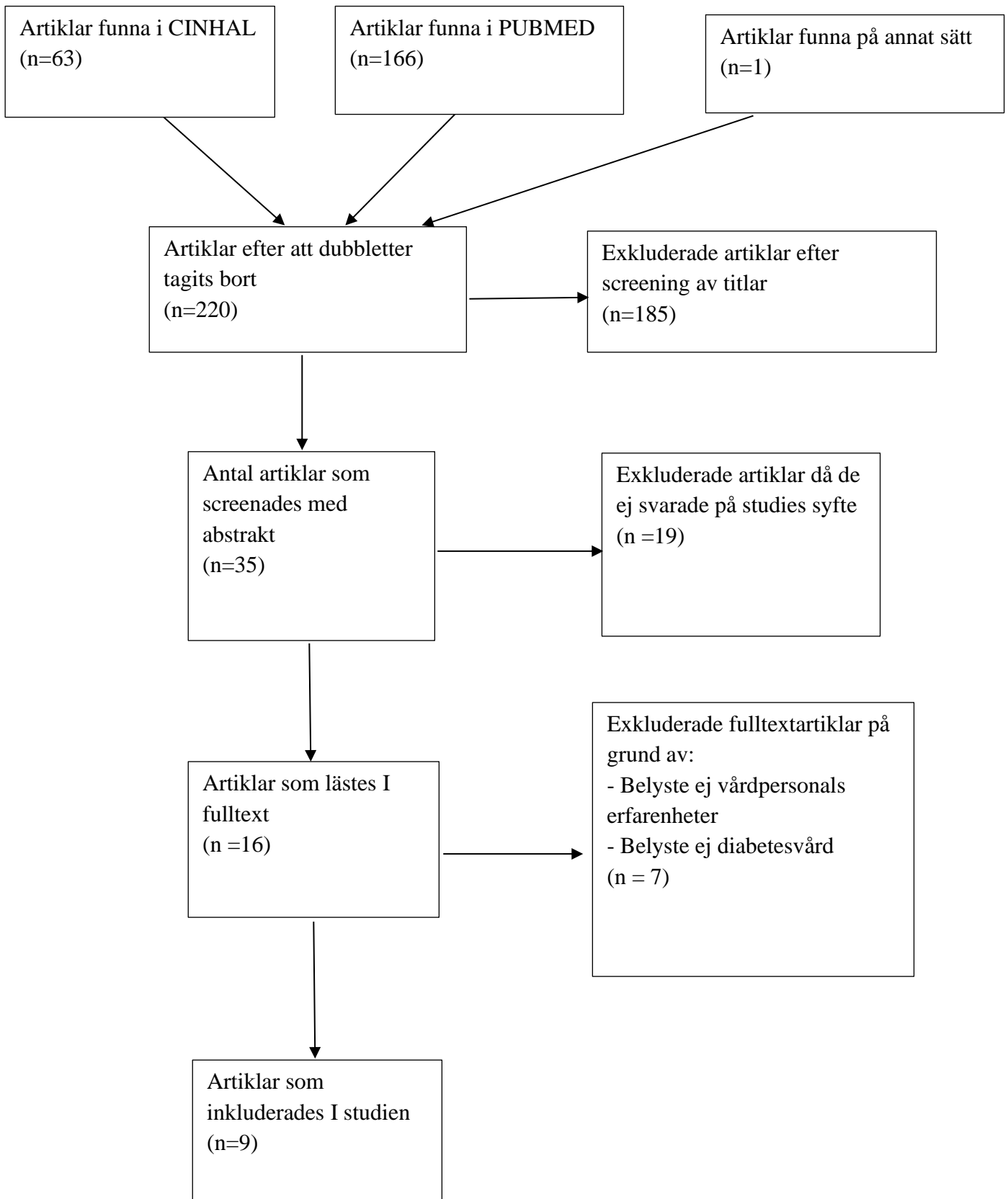
- International Diabetes Federation. (2019). IDF Diabetes Atlas- 9th edition. Hämtat 2020-11-24 från <https://idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
- Jansson, S. (2020). Diabetes i primär- och kommunvård. I M. Landin- Olsson (Red.), *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB
- Landin-Olsson, M. (2020). Orsaker till typ 1-diabetes. I M. Landin- Olsson (Red.), *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB
- Lidskog, M. (2016). Att lära med, om och av varandra. I Berlin, J., & Sandberg, H. (Red.). *Team i vård, behandling och omsorg*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindberg, A. (2020). Diabetesteam- en förutsättning för god kvalitet i diabetesvården. I M. Landin- Olsson (Red.), *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB
- Manski-Nankervis, J-A., Furler, J., Blackberry, I., Young, D., O'Neal, D., & Patterson, E. (2014). Roles and relationships between health professionals involved in insulin initiation for people with type 2 diabetes in the general practice setting: a qualitative study drawing on relational coordination theory. *BMC Family Practise*, 15(20), 1-10. Doi: 10.1186/1471-2296-15-20.
- McDonald, J., Jayasuriya, R., & Harris, M. (2012). The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC health services research*, 12(63), 1-10. Doi:10.1186/1472-6963-12-63.
- Mundt, M., Agneessens, F., Tuan, W-J., Sakletskaia, L., Kamnetz, S., Gilchrist, V. (2016). Primary care team communication networks, team climate, quality of care, and medical costs for patients with diabetes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 58(16), 1-11. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.013
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management*. Hämtad 20-12-16, från <https://www.nice.org.uk/guidance/ng17>
- Nayeri, N., Samadi, N., Mehrnoush, n., Allahyari, I., Bezaatpour, F., & Naseriasl, M. (2020). Experiences of nurses within a nurse-led multidisciplinary approach in providing care for patients with diabetic foot ulcer. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9,(6), 3136-3141. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1008_19
- NDR- Nationella Diabetesregistret. *Årsrapport 2019*. Hämtad 2020-12-28 från https://www.ndr.nu/pdfs/Arsrapport_NDR_2019.pdf

- Polit, D. F., Beck, C. H. (2021). *Nursing Research, generating and assessing evidence for nursing practice.* (11th edition). Wolters Kluwer.
- Riordan, F., McGrath, N., Dinneen, S., Kearney, P., & McHugh, S. (2019). 'Sink or Swim': A Qualitative Study to Understand How and Why Nurses Adapt to Support the Implementation of Integrated Diabetes Care. *International Journal of Integrated Care*, 19(2), 1-14. Doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.4215>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2020). Bedömning av studier med kvalitativ metodik. Hämtad 2021-01-14 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf
- Schweizer, A., Morin, D., Henry, V., Bize, R., & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). Interprofessional collaboration and diabetes care in switzerland. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 351–359, Doi:10.1080/13561820.2017.1283300
- Scott, A. R. (2015). Management of hyperosmolar hyperglycemic state in adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 32(6), 714-724, Doi: 10.1111/dme.12757
- Siddique, H., Alam, M.M., Safi, A.W., Leong, W. B., Crowley, K., Tahrani, A. A. (2014). In-patient diabetes care: the impact of diabetes outreach team on long-term glycaemic control. *International Journal of Clinical Practice*, 68(11), 1333-1337. Doi: 10.1111/ijcp.12458
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning.* Hämtad 2020-11-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015- Diabetesvård-Indikatorer och underlag för bedömningar.* Hämtad 2020-12-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2015-2-6.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). Termbank. Sökord: Samverkan. Hämtad 20-12-10 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=506&SrcLang=sv>
- SFS 2019: 504. Lag om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning. Hämtad 2021-01-07 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2019504-om-ansvar-for-god-forskningssed_sfs-2019-504

- Sörensen, M., Groven Synne, K., 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), 18-23. Doi:10.1080/02813432.2020.1714145
- Tivener, K., Liggett, A., & Mitchell, D. (2015). Onset of Type 1 Diabetes Mellitus Presenting With Diabetic Ketoacidosis Requiring Hospitalization in a 20-Year-Old Male: A Case Report. *International Journal of Athletic Therapy & Training*, 20(2), 30-35. Doi: 10.1123/ijatt.2014-0067
- World Health Organisation. (2020). *Diabetes*. Hämtad 2020-11-25 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Wyt, A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev*, 24(1), 106-109. Doi: 10.1002/dmrr.835
- Östensson, C-G. (2020). Diagnostik och klassifiering av diabetes mellitus. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB

Bilaga 1

Bilaga 1. Prisma flödesschema



Bilaga 2

Artikelgranskning enligt SBUs granskningsmall för kvalitativa artiklar

Författare/Titel/ Tidsskrift/ Land/ Publiceringsår	Syfte	Metod/ Urval	Resultat	Kvalitet
<p>Riordan, F., McGrath, N., Dinneen, S., Kearney, P., & McHugh, S.</p> <p>‘Sink or Swim’: A Qualitative Study to Understand How and Why Nurses Adapt to Support the Implementation of Integrated Diabetes Care</p> <p>International Journal of Integrated Care</p> <p>Irland 2019</p>	<p>Att undersöka diabetessjuksköterskors upplevelser av integrerad vård mellan vårdnivåer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ design - Semistrukturerade intervjuer - Icke slumpmässigt urval - 30 diabetessjuksköterskor - Kvalitativ dataanalys - Etiskt godkännande 	<p>Två huvudteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sjunka eller simma. <p>Simma med två underteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ta initiativ - anpassa sin roll till hälso- och sjukvårdssammanhang 	<p>Medelhög</p>
<p>Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A., & Durado, L.</p> <p>Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care</p> <p>BMC Family Practise</p> <p>Kanada 2016</p>	<p>Att undersöka erfarenheter av interprofessionellt samarbete mellan ett mobilt diabetesteam och primärvård</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ design - Semistrukturerade intervjuer - Icke slumpmässigt urval - 18 medlemmar av diabetesteamet, 16 primärvårdsläkare - Innehållsanalys - Etiskt godkännande 	<p>Fyra huvudteman</p> <ul style="list-style-type: none"> - att förhandla om rum, plats och roll -att främja arbetsförhållanden - att genomföra det gemensamt - att förbättra kunskapsutbytet 	<p>Hög</p>

<p>Manski-Nankervis, J-A., Furler, J., Blackberry, I., Young, D., O'Neal, D., & Patterson, E.</p> <p>Roles and relationships between health professionals involved in insulin initiation for people with type 2 diabetes in the general practice setting: a qualitative study drawing on relational coordination theory</p> <p>BMC Family Practise</p> <p>Australien 2014</p>	<p>Att utforska rollerna och relationerna mellan hälso- och sjukvårdspersonal som är involverade i initieringen av insulin för personer med typ 2-diabetes i primärvården för att få en bättre förståelse för hur multidisciplinär vård fungerar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ design - Semistrukturerade intervjuer - Icke slumpmässigt urval - 21 allmänläkare, sjuksköterskor, diabetesläkare och diabetessjuksköterskor - Kvalitativ dataanalys - Etiskt godkännande 	<p>Fyra teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tvetydiga roller - osäker kompetens och kapacitet - varierande relationer och kommunikation - att utveckla förtroende och respekt. 	<p>Medelhög</p>
<p>Nayeri, N., Samadi, N., Mehrnoush, n., Allahyari, I., Bezaatpour, F., & Naseriasl, M.</p> <p>Experiences of nurses within a nurse-led multidisciplinary approach in providing care for patients with diabetic foot ulcer</p> <p>Journal of Family Medicine and Primary Care</p> <p>Teheran 2020</p>	<p>Att utforska sjuksköterskors erfarenheter av att delta i ett multidisciplinärt team med syfte för att ge vård till patienter med fotsår relaterat till diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ design - Semistrukturerade intervjuer - 8 sjuksköterskor - Dicklemann dataanalys - Ett starkt etiskt övervägande redovisat 	<p>Två teman bakgrund och omvårdnadskunskap samt manifestation av tvärvetenskaplig funktion</p> <p>Fyra kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> -från förtvivlan till lugn -professionell värdighet -främjande av självförtroende - preferens för tvärvetenskaplig strategi 	<p>Medelhög</p>

<p>McDonald, J., Jayasuriya, R., & Harris, M.</p> <p>The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus.</p> <p>BMC health services research.</p> <p>Australien 2012</p>	<p>Syftet var att utforska hur makt och tillit påverkar samverkan mellan olika professioner inom diabetesvården, samt hur detta i sin tur påverkar patientens upplevelse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ design. - Semistrukturerade intervjuer. - Icke slumpmässigt urval. - 45 vårdgivare & 8 patienter från organisationer. - Kvalitativ dataanalys. - Etiskt godkännande 	<p>Två huvudteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> - faktorer kopplat till makt och förtroende - patientens upplevelse av interprofessionella relationer. 	<p>Hög</p>
<p>Sörensen, M., Groven Synne, K., Gjelsvik, B., Almendingen, K., & Gamweidner-Holme, L.</p> <p>The roles of healthcare professionals in diabetes care: a qualitative study in Norwegian general practice.</p> <p>Scandinavian Journal of Primary Health Care.</p> <p>Norge 2020</p>	<p>Syftet var att undersöka erfarenheterna av att arbeta i ett multiprofessionellt diabetesteam hos allmänläkare, sjuksköterskor och medicinska sekreterare som ingick i ett och deras uppfattningar om de olika rollerna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ metod. - Semistrukturerade intervjuer. - Icke slumpmässigt urval ur fem olika diabetesteam. - 11 deltagare. Sex allmänläkare, tre sjuksköterskor samt två medicinska sekreterare. - Kvalitativ dataanalys - Starkt etiskt övervägande 	<p>Två huvudteman - Kompletterande diabetesvård samt tvetydiga rollbeskrivning.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Hausken, MF., & Graue, M.</p> <p>Developing, implementing and evaluating diabetes care training for nurses and nursing aides in nursing homes and municipal home-based services.</p> <p>European Diabetes Nursing.</p> <p>Norge 2012</p>	<p>Att beskriva utvecklingen, införandet samt upplevelsen av ett utbildningsprogram inom diabetesvård, för sjuksköterskor och undersköterskor på äldreboende och inom hemsjukvården.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mixad metod. Endast den kvalitativa delen som bestod av intervjuer är inkluderad - Icke slumpmässigt urval bland personal inom hemsjukvården och på äldreboenden. - 16 sjuksköterskor och 4 undersköterskor. - Kvalitativ dataanalys - Etiskt godkännande 	<p>Fem huvudteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uppdaterad inom sin profession - Utbyta erfarenheter - Självsäkerhet i sin profession - Gemensam kunskap - Personlig utveckling. 	<p>Medelhög</p>

<p>Schweizer, A., Morin, D., Henry, V., Bize, R., & Peytremann-Bridevaux, I.</p> <p>Interprofessional collaboration and diabetes care in Switzerland.</p> <p>Journal of Interprofessional Care</p> <p>Schweiz 2017</p>	<p>Att undersöka vårdpersonals upplevelse av interprofessionellt samarbete vid diabetesvård samt att undersöka om uppfattningen är olika mellan olika professioner.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mixad metod. Endast det kvalitativa delen bestående av intervjuer är inkluderad. - Icke slumpmässigt urval. - 13 deltagare i den kvalitativa delen. - Innehållsanalys - Etiskt godkännande 	<p>Det kvalitativa resultat lyfte fram att det fanns oklara rollbeskrivningar och betonade en form av ovilja att samarbeta relaterat till rädsla att tappa sitt ansvar.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Aguirre-Duarte, AN.</p> <p>Increasing collaboration between health professionals. Clues and challenges.</p> <p>Colombia Medica.</p> <p>New Zealand.</p> <p>2015.</p>	<p>Att utforska interprofessionella faktorer som kan förklara effekterna på allmänläkares receptbeteende</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ design. - Intervjuer - 17 deltagare bestående av allmänläkare, allmänsjuksköterskor, diabetessjuksköterskor och endokrinologer. - Kvalitativ dataanalys - Etiskt godkännande 	<p>Fyra huvudteman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bättre relationer och samarbete leder till bättre patient outcome - Vikten av att överföra kunskap och information. - Diabetessjuksköterskans roll kom upp då de kan vara en nyckelaktör i vården. - Kommunikation och samarbete mellan primärvård och specialistvård är huvudfaktorer som påverkar effekterna av samarbete mellan professioner. 	<p>Medelhög</p>

Bilaga 3

Exempel av extraherad rådata

Huvudtema: Professionens betydelse för samverkan

Artikel	Sida	Kolumn	Rad	Extraherad data	Subtema
Nayeri et al., 2020	3139	2	12-25	<p>”Another category of themes that can influence the practice of nurse-led multidisciplinary care is professional worthiness, which itself consists of subcategories “nurse dominance and efficiency”. The participants’ experiences indicated consistent, comprehensive, coordinated, and regular care, with reported dominance, seriousness, and nurse-centered care. These statements represent the whole spectrum of professionalization in nursing, providing a good quality care to chronic patients such as diabetic foot ulcers and consequently wound healing.</p> <p>Because of the complexity of the role, nursing is a professional activity that requires a great deal of responsibility and care. Obviously, any deficiency in the education of this group will affect the quantity and quality of care provided and will also ultimately affect the health of individuals and society.”</p>	Vikten av tydliga roller
Gucciardi et al., 2016	4 5	2 1	15-18 1-7	<p>”During the early stage many educators felt like ‘outsiders’ and tentatively balanced the necessity to express their needs and attempt to build rapport to effectively do their job while simultaneously avoid adding burdens or hindering the daily routine of the site providers and staff. Therefore, they often avoided initially pressing issues (e.g. appropriate scheduling, space resources, and access to electronic medical records) until they had demonstrated the benefits of the intervention or felt more comfortable initiating these types of conversations”</p>	Vikten av tydliga roller
Riordan et al., 2019	5	1 2	25-28 1-6	<p>”When community diabetes nurse specialists were first introduced, there was a lack of clarity about their role among other staff, and they had to manage misconceptions by 1) using initiative to clarify and explain the role and 2) asserting their role boundaries. Some hospital diabetes nurse specialists saw the community role as a different role to their own, while other hospital diabetes nurse specialists saw it as part of the hospital team “complementary to” (HDNS13) or a version of their own role”</p>	Vikten av tydliga roller
Schweizer et al., 2017	365	2	42-47	<p>”Furthermore, our analysis revealed a strong reluctance towards physician collaboration, especially within the discourse of GPs. GPs were worried both about losing patients when referring them to a diabetologist and about losing treatment</p>	Ansvarsfördelning

				responsibility. Most of them reported being sidelined as soon as they referred a patient to a specialist”	
Sørensen et al., 2020	15	1	33-44	”GPs emphasized that adopting a multi-professional approach might lead to several positive effects. First, when patients were seen by the same nurse or medical secretary over a period of time, GPs noted that the consistency and continuity of diabetes care improved. Second, because cHCPs focused solely on diabetes, their care was perceived as being more predictable in terms of content and structure compared to the multifaceted GP-led care. Third, working collaboratively made GPs more aware of their own practice as they were responsible for the training of cHCPs”	Ansvarsfördelning
Gucciardi et al., 2016	6	2	10-14	”In the absence of a pre-existing relationship, a crucial component to enhancing working relationships appeared to be developing trust and rapport among team members over time, by meeting regularly or even simply being on-site at the same time as primary care providers”	Förståelse och respekt för varandra
McDonald et al., 2012	7	1	4-7	”Confidence in other health professionals reduced the uncertainty of collaborating. A tacit knowledge and understanding of how other health professionals worked helped to reduce this uncertainty.”	Förståelse och respekt för varandra
Riordan et al., 2019	7	2	22-27	”Blending in was achieved in different ways: taking steps to build trust with GPs; modifying their role to meet practice needs, and; fitting in with practice workflow. They built trust by respecting the GP’s autonomy, for example, remembering to “run everything by them” (CDNS10), and including GPs in medication decisions where feasible”	Förståelse och respekt för varandra

Huvudtema: Interaktionens betydelse för samverkan

Artkel	Sida	Kolumn	Rad		Subtema
Riordan et al., 2019	8	1 2	53-55 1-6	”The nature of these workarounds meant adapting to a complex information environment, becoming “the only link [or] bit of integration between the hospital and GP” (CDNS#24). They adapted by bringing back “basic” data (CDNS14) to the hospital and entering that, or filling out information twice, once in practice, and again on the hospital system, a “time-consuming” (CDNS21) and “frustrating” (CDNS15) process, checking patient information, phoning the hospital or e-mailing colleagues.”	Hinder och möjligheter för kommunikation
Aguirre-Duarte, 2015	69	1	10-15	”The conceptual map also shown “communication” barriers between primary and secondary care: Diabetes specialist nurses suggested difficulties to contact general practitioners and discuss with them patient’s cases. Primary care doctors were not “able” to answer in timely manner “phone” queries from diabetes specialist nurses.”	Hinder och möjligheter för kommunikation

Riordan et al., 2019	8	1	37-47	”However, patient follow-up after community diabetes nurse specialists left GP practices, case discussion with consultants, and fast-track of patients to specialist services, were hindered by a number of factors. These factors were the absence of a shared record between settings, and GP ownership over patient data with no standard for how diabetes nurse specialists could safely share or transfer information out of the practice. As a result, diabetes nurse specialists were not always aware of what had taken place during a patient’s hospital or GP appointment”	Hinder och möjligheter för kommunikation
McDonald et al., 2012	6	2	42-48	”The second aspect was confidence in the competency of other professionals. For some health professionals, this was demonstrated through the quality of referral feedback information and patient feedback. GPs in particular judged the competency of allied health professionals from the relevance of the information contained in their reports and the timeliness of their communication.”	Hinder och möjligheter för kommunikation
Manski-Nankervis et al., 2014	6	1	19-28	”The strongest relationships and communication occurred within levels of care. For instance, specialists (specialist physicians and DNE) reported good working relationships which were characterised by shared knowledge and acceptance of each other’s roles. Mutual respect and trust which developed early in careers was facilitated by ongoing contact and communication. Overall, DNEs and specialist physicians had an understanding of who does what, how and when to communicate”	Förutsättningar för arbetsrelation
Schweizer et al., 2017	356	1	13-21	”In fact, a number of tensions or even conflicts were reported by nurses at three levels: between nurses and GPs, between DSNs and GCNs, and between physicians. Most of the nurses reported situations at patients’ home in which they had to deal with hypo- or hyperglycaemia. In such cases, nurses often hesitated about which doses of insulin to use. Because they did not have the right to change a patient’s treatment without the GP’s approval, they had to call the GP. Tensions were reported during these phone calls.”	Förutsättningar för arbetsrelation
Schweizer et al., 2017	357	1	21-25	”All physicians interviewed considered their collaboration with DSNs to be positive. However, our analysis revealed that diabetologists had better knowledge of the skills of DSNs than did GPs. Within this context, diabetologists considered DSNs as partners who add value to their work”	Förutsättningar för arbetsrelation
Gucciardi et al., 2016	6 7	2 1	44-48 1-2	”Enriching relationships appeared to be related to proximity and communication via informal channels, e.g. personal interactions when having lunch together, talking in hallways, invitations to primary care site events and gatherings, or personal inquiries from primary care providers on behalf of their family members living with diabetes.”	Förutsättningar för arbetsrelation

Hausken & Graue, 2012	21	3	34-41	<i>"To continually develop so that I can contribute to the security of others in diabetes issues in my workplace. Important to update other colleagues with information and possibly have professional seminars; keep info for other colleagues. Further develop my knowledge, keep myself updated."</i>	Tilltro till varandras kompetens och kunskapsutbyte
Manski-Nankervis et al., 2014	7	1	3-10	<i>"It was felt that some GPs had a professional mindset not to trust nurses and those doctors were unable to accept that some nurses could have more knowledge than them. The DNEs interviewed had variable respect for GPs. One DNE viewed GPs as knowing a little about a lot with little knowledge about diabetes management and insulin, and slow to take up management advice"</i>	Tilltro till varandras kompetens och kunskapsutbyte
Sørensen et al., 2020	17	1	12-26	<i>"Thus, cHCPs' competence largely depended on GPs' priorities, GPs' propensity to remain updated about diabetes care and their willingness to share knowledge. For example, one of the GPs explained that the other GPs at the practice did not agree about the extent to which nurses should be involved in patient care: "Several of the other GPs do not agree with my own practice of delegating clinical tasks to our nurses. They're not used to it. It's a process and it starts with establishing trust and reassuring the nurses that we share the same philosophy of practice. It takes a lot of effort to convince physicians that you don't have to be a doctor to do many of the things we are doing (GP6)."</i>	Tilltro till varandras kompetens och kunskapsutbyte