



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Tre nyanser av team
- en studie om teamarbete inom vuxenpsykiatrin

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Grundnivå – Kandidatuppsats HT 12
2012-11-27
Tobias Jansson & Henrik Nyström
Handledare: Stefan Szücs

ABSTRACT

Titel: Tre nyanser av team - *en studie av teamarbete inom vuxenpsykiatri*

Författare: Tobias Jansson & Henrik Nyström

Nyckelord: Teamarbete, psykiatri, interprofessionellt, multiprofessionellt

Det övergripande syftet med studien är att *ge ökad kunskap inom fenomenet teamarbete samt att öka förståelsen för läkare, kurator och psykologs upplevelse av teamarbete, i olika form, och påverkan på patientvården inom vuxenpsykiatri*. För att besvara detta har nio kvalitativa intervjuer genomförts med representanter från tre olika team inom vuxenpsykiatri. Intervjuerna har sökt svar på professionernas upplevelser kring ansvarsområden, ledarskap och hur patienters behov uppmärksammas som följd av arbetsformen. Resultaten visar att professionerna upplever ansvarsområden som tydliga, även om vissa respondenter inte får utnyttja sin fulla kompetens. Ledarskapet beskrivs som tydligt trots att endast ett av teamen har en formellt utsedd ledare, det *formaliserade teamet*, som har uttalat ansvar för ledarskapsuppgifter. I de övriga två teamen är ledarskapet informellt i form av läkaren. I ena, det *demokratiska teamet*, har samtliga medlemmar delat ansvar för teamarbetet samtidigt som läkaren har en ledande position. I det andra, *auktoritära teamet*, har läkaren övergripande ansvar både för teamarbetet som metod och för beslut som fattas. Patienters behov uppmärksammas i alla teamen i studien, metoden för hur man tillgodoser dem varierande dock beroende på teamform, ledarskap och verksamhetens mål. Genom att förklara resultaten med teoretiska begrepp om teamarbete, struktur, ledarskap samt aktörspåverkan, kan vi inte dra några definitiva slutsatser om varför teamen arbetar efter en viss teamform. Resultaten är intressanta eftersom teamarbete syftar till att bidra till en ökad helhetssyn kring patienten, något som dock inte genomgående kan påvisas utifrån studien.

FÖRORD

Vi vill tacka de tre teamen och verksamheterna som ingår i studien, som hjälpte till att möjliggöra denna undersökning. Vi riktar ett speciellt tack till respondenterna som både med sin tid och kunskap bidragit till att skapa en fördjupad bild av teamarbete inom vuxenpsykiatri. Era tankar och de diskussioner som förekommit under intervjuerna har bidragit till att forma en, enligt oss, omfattande och intressant uppsats. Vi uppskattar den ärlighet och vilja att berätta som respondenterna uppvisat vilket har underlättat vårt arbete och bidragit till uppsatsens utformning.

Vi vill slutligen tacka vår handledare Stefan Szücs som funnits som ett stöd under uppsatsens gång. Vi har haft många roliga och intressanta diskussioner som bidragit till en kvalitativt bättre uppsats. Vi har upplevt detta stöd som nödvändig vägledning i genomförandet av uppsatsen. Tack för all tid, feedback och ett intressant perspektiv på vårt material.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
1.1 Syfte och problemformulering	2
1.1.1 Frågeställningar.....	2
1.1.2 Förförståelse.....	2
1.1.3 Avgränsningar.....	2
1.1.4 Disposition.....	3
2. BAKGRUND	3
2.1 Professioner i hälso- och sjukvård	3
2.1.1 Kuratorn.....	3
2.1.2 Läkaren.....	4
2.1.3 Psykologen.....	5
2.2 Teamarbete inom hälso- och sjukvård	6
2.3 Ledarskap inom teamarbetet	8
3. TEORETISK RAM	9
3.1 Teamformer	9
3.1.1 Interprofessionell teamform.....	9
3.1.2 Multiprofessionell teamform.....	10
3.2 Förklaringsmodeller till teamform	10
3.2.1 Strukturella faktorer.....	11
3.2.2 Ledarskapsfaktorer.....	11
3.2.3 Aktörsfaktorer.....	12
4. METOD	13
4.1 Kvalitativ forskningsansats	14
4.2 Litteraturgenomgång	14
4.3 Empiriinsamling	15
4.3.1 Kvalitativa intervjuer.....	15
4.3.2 Urval.....	15
4.3.3 Teamen i studien.....	15
4.3.4 Intervjuguide.....	16
4.3.5 Intervjuernas genomförande.....	17
4.3.6 Tillvägagångssätt vid bearbetning och analys av empiri.....	18
4.4 Etiska aspekter	19
4.5 Metodreflektioner	20
5. RESULTAT OCH ANALYS	22
5.1 [A] Formaliserade teamet	23
5.1.1 Bakgrund.....	24
5.1.2 Ansvarsområde.....	24
5.1.3 Ledarskap.....	28
5.1.4 Patienters behov.....	31
5.2 [B] Demokratiska teamet	32

5.2.1 Bakgrund.....	33
5.2.2 Ansvarsområde.....	34
5.2.3 Ledarskap.....	36
5.2.4 Patienters behov.....	38
5.3 [C] Auktoritära teamet.....	40
5.3.1 Bakgrund.....	41
5.3.2 Ansvarsområde.....	41
5.3.3 Ledarskap.....	45
5.3.4 Patienters behov.....	48
6. SLUTSATSER.....	50
7. KÄLLFÖRTECKNING.....	54
BILAGOR.....	57
Bilaga 1.....	57
Bilaga 2.....	59

1. INLEDNING

Socionomutbildningen ger en bred kunskapsbas med arbetsområden som sträcker sig över olika fält i samhället. Ett av de fält som socionomer är aktiva på är inom hälso- och sjukvård i form av kuratorer med uppgift att se till patientens psykosociala situation (Lundin 2009). Psykosocial situation är ett begrepp som vi upplever är svårt att exakt definiera men som syftar på sambandet mellan psykiska och sociala aspekter. Likt det psykosociala begreppet är även kuratorns plats inom hälso- och sjukvård inte på något sätt självklar (Pettersson 2001). Kuratorns ansvarsområden har historiskt sett präglats av den ideologi och politik som genomsyrat det svenska samhället över tiden. I samband med att den svenska hälso- och sjukvården under 1970-talet kritiserades för att ha varit allt för splittrad, utformades teamarbete som en metod för att föra samman professioner i ett gemensamt arbetssätt (ibid.). Vi kan även se att på en internationell nivå har arbetsmetoden förespråkats som en väg för att höja kvaliteten i patientvården (WHO 1999).

Teamarbete är en metod som syftar till att effektivisera patientens vård då olika yrkesgrupper med sin specialkompetens samlas i ett gemensamt forum. I dagens samhälle med komplexa hälsoproblem är arbetsmetoden väl etablerad då den möjliggör helhetliga insatser (Berlin & Carlström 2004). Vi uppfattar teamarbete som en metod som kan vara fördelaktig för patienten då den skapar en effektivare vårdkedja med färre olika instanser. Samtidigt finns det forskning som visar olika problemområden med teamarbete. Vi kan se i forskning (Kvarnström 2007 och Blomqvist 2009) att olika yrkesgrupper i teamen inte får lika stort ansvarsområden i arbetet kring patienterna, samt att deras kunskap inte värderas på ett likvärdigt sätt. Ytterligare en faktor som kan skapa förvirring för både ledaren och teammedlemmar är då ledarens ansvarsområde inte är tydligt. Om syftet med teamarbete är att samla yrkesgruppernas specialkompetens i ett gemensamt forum uppkommer frågan vad som blir teamarbetets funktion när samtliga ansvarsområden inte är tydligt definierade? Hur påverkar ledaren teamarbetets arbetsform? Utifrån egna erfarenheter och i relation till forskning har tankar väckts hos oss gällande hur teamens struktur framkommer och hur det påverkar dess medlemmar? Om olika strukturer råder i teamen, hur påverkas patientvården?

Vi anser att det är av vikt för både socialt arbete men även för enskilda professioner som arbetar med teamarbete att undersöka och beskriva dessa strukturer. För att kunna uppmärksamma och möjligtvis i framtiden kunna förbättra arbetsmetoden vill vi bidra till att öka förståelsen för vilka faktorer som påverkar teamarbete som arbetsform. Socialt arbete handlar om att se patientens

behov och utgå i från vad som är bäst för individen vid samtliga insatser, även i teamarbete (Meuwisse, Sunesson & Swärd 2006).

1.1 Syfte och problemformulering

Det övergripande syftet med studien är att ge ökad kunskap inom fenomenet teamarbete samt att öka förståelsen för läkare, kurator och psykologs upplevelse av teamarbete, i olika form, och påverkan på patientvården inom vuxenpsykiatri. Vi vill beskriva och undersöka professionernas upplevelse i avseende kring syn på egna och andra teammedlemmars ansvarsområden. Vi vill även beskriva och undersöka hur professionerna upplever ledarskap inom teamarbetet. Vidare vill vi undersöka hur professionerna upplever att patienternas behov blir uppmärksammade i teamarbete inom vuxenpsykiatri. Genomgående i studien vill vi undersöka vilka orsaker som bidrar till att teamarbete formas på olika vis.

1.1.1 Frågeställningar

För att besvara syftet har vi valt att utforma och arbeta utifrån tre frågeställningar som behandlar de teman som vi önskar att undersöka.

- Hur ser professionerna på sitt och andras ansvarsområde inom teamarbete?
- Hur upplever professionerna ledarskapet inom teamarbete?
- Hur upplever professionerna att patienternas behov blir uppmärksammade?

1.1.2 Förförståelse

Utifrån ett hermeneutiskt perspektiv har förförståelsen en stor påverkan för uppsatsens resultat och är viktig att redovisa för att läsaren ska kunna förstå dess inverkan (Kvale & Brinkmann 2009). Vi har båda författare utifrån vår pågående socionomutbildning en grundläggande kunskap kring vuxenpsykiatri.. Även en viss kunskap kring kuratorn och dess roll i hälso- och sjukvården har utbildningen förmedlat till oss. Under praktikperioden har en av författarna praktiserat inom vuxenpsykiatri och har genom detta en fördjupad kunskap kring kurators roll både inom psykiatri och i team. Tidigare nämnda forskare som deltagit i teamarbete inom vuxenpsykiatri har funderat över teamets funktion, läkarens roll i teamet och vilka riktlinjer som påverkar teamformens utformning. Vi anser att den för-förståelse som båda bidrar med har påverkat uppsatsens syfte och de frågeställningar som framarbetat.

1.1.3 Avgränsningar

Då hälso- och sjukvården är ett brett fält såg vi behovet av att avgränsa oss till ett mindre område för att genomföra studien. I litteratur framgår att teamarbete är en vanlig arbetsform inom psykiatri som helhet, som följd av förkunskap inom

vuxenpsykiatri valde vi att avgränsa oss till detta område. Genom avgränsningen tror vi att respondenterna oavsett verksamhet står relativt nära varandra gällande arbetsuppgifter. Geografiskt har vi avgränsat oss till vuxenpsykiatri inom Västra Götalandsregionen för att begränsa olikheter i verksamheters förutsättningar. Följande avgränsning är att endast använda hela team och inte enskilda teammedlemmar, eftersom vi önskade att undersöka teamformer, vilket vi ansåg endast hela team gav oss möjlighet till. Slutligen avgränsades gällande vilka professioner som var av intresse för studien och valde kurator, läkare och psykolog. Orsaken till avgränsningen var att dessa tre representerar olika perspektiv inom sjukvården i form av socialt, medicinskt och psykologiskt. Utifrån uppsatsens tidsram upplevde vi det inte möjligt att inkludera ytterligare professioner.

1.1.4 Disposition

Första avsnittet som följer introduktionen är bakgrund där en historisk beskrivning av teamarbete och dess aktörer inom hälso- och sjukvården presenteras. Relevant tidigare forskning inom ämnet redogörs även i avsnittet. Efterföljande avsnitt presenterar den teoretiska ram som uppsatsen utgår från i form av centrala definitioner och begrepp. Därefter följer metodavsnitt där metod, urval och tillvägagångssätt presenteras samt etiska och metodologiska reflektioner lyfts. Efter följer avsnittet resultat och analys där uppsatsens empiri och analys redovisas. De tre intervjuade teamen presenteras i enskilda huvudavsnitt där resultat och analys sammankopplas. Avslutande återknyts empiri och analys till syfte och frågeställningar i slutsatser.

2. BAKGRUND

Avsnittet syftar till att beskriva aktuella professioner, teamarbete och ledarskap utifrån ett historiskt perspektiv samt redogöra för relevant tidigare forskning. I och med att vuxenpsykiatri är en mindre del av hälso- och sjukvården har vi valt att beskriva dessa områden utifrån ett helhetsperspektiv. Syftet är att tydliggöra ramen för studien och strukturen den utgår ifrån.

2.1 Professioner i hälso- och sjukvård

2.1.1 Kuratorn

I Sverige började den första kuratorn att arbeta inom hälso- och sjukvård 1914 med att tillvarata sinnessjuka patienters rättigheter under deras vistelse på sjukhus. Att bevaka framförallt patientens ekonomiska intressen var en huvuduppgift i den tidiga kuratorsrollen men det ingick även att medverka i patienters rehabilitering

samt att ordna lämplig eftervård (Olsson 1999). Därefter utvecklades huvuduppgifterna för kuratorerna till att fokuseras kring att förmedla och samordna samhällets resurser kring patientens behov. Under 1970-talet tillkom behandlingsinriktade arbetsformer men även verksamhet kring mobilisering av patienter och deras anhöriga (ibid.). Ökad förståelse av sambanden mellan sjukdom och sociala faktorer bidrog till att antalet kuratorstjänster utökades inom hälso- och sjukvården fram till 1990-talet. Idag är kuratorn ofta den enda yrkeskategori med samhälls- och beteendevetenskaplig utbildning (Lundin 2009) som försöker se de övergripande sammanhanget patienten befinner sig i (Lindgren 1999). Dagens arbetsuppgifter för kuratorn handlar om att utreda patientens psykosociala situation, öka patienters och anhörigas förmåga att hantera sin livssituation, stödja, alternativt företräda, patienten i förhållande till samhället och myndigheter (Lundin 2009). Det psykosociala arbetet syftar till att patienten skall få en hållbar livssituation och stärka patientens resurser för att uppnå önskad förändring. Syftet är att patienten skall ändra sitt beteende eller bättre kunna hantera sin situation med hjälp av stöd från kuratorn (Lennéer-Axelsson & Thylefors 1982).

Gustafsson och Lannebris (2010) har i sin kandidatuppsats genomfört en kvalitativ undersökning i form av enskilda intervjuer med syfte att undersöka kuratorns upplevelse av sin yrkesroll i teamarbete, det psykosociala arbetet samt möjligheter och hinder i teamarbetet. I materialet framkommer två slutsatser som är relevanta för vår undersökning. En av de slutsatser som Gustafsson och Lannebris (2010) finner i sitt material är en paradox gällande kuratorns upplevelse av sin yrkesroll. Författarna tolkar det som att kuratorerna anser sig ha en viktig roll i teamet men att de samtidigt upplever en känsla av att behöva motivera sin egna existens. Det framkommer att kuratorerna upplever att de behöver bli tydligare gällande sin roll och sitt ansvarsområde i teamet. Den andra slutsatsen som Gustafsson och Lannebris (2010) kommer fram till är att de möjligheter och hinder som är avgörande för teamarbetets funktion är en kombination av organisation, struktur och teamets medlemmar. Gällande struktur menar författarna att tidsaspekten är den mest vitala faktorn där möjligheten att diskutera aktuella patienter måste finnas. Slutligen tolkar de teamets medlemmar som en avgörande faktor, och specifikt läkaren, som har en medicinskt central roll. Gustafsson och Lannebris (2010) menar att kvaliteten på teamarbete påverkas av vilken läkare som arbetar inom teamet och dennes individuella egenskaper.

2.1.2 Läkaren

Läkarna har till skillnad från kuratorerna och psykologerna en lång yrkesbakgrund inom hälso- och sjukvården. Deras roll och position i samhället har förändrats över tid (Olofsson 2012). Läkarna har under sena århundraden setts som en medicinsk auktoritet dit människor vänt sig för information och bot och har ibland

nästan tillskrivits ett magiskt attribut (Stolt 1998). Med en bred akademisk utbildning kunde läkaryrket, under 1900-talet, börja särskilja sig från lekmän och amatörer, vilket ledde till att läkaryrkets status och auktoritet ökade (Andersson 2012). I mitten av 1900-talet var läkarens roll som starkast då de stod högt i kurs, både i samhället och inom vården, och hade makt att definiera sina arbetsvillkor (Olofsson 2012). För läkarrollen, i Sverige, var det under 1970-talet som den tydliga förändringen skedde (Andersson 2012). Från att haft en central roll rörde sig utvecklingen mot att läkaren istället sågs som en del av ett större maskineri. I samband med Hälso- och sjukvårdslagens utformning (SFS 1982:763) blev teamarbete ett ökat inslag inom sjukvården. Behovet av samarbete med andra yrkesgrupper, under förhållanden där läkaren inte alltid var den självklara ledaren, blev en tydlig förändring för läkarens roll (Olofsson 2012). Dagens vårdssituation är komplex och kräver många olika aktörer där läkarna ansvarar för den medicinska expertisen.

Hansson, Friberg, Segensten, Gedda & Mattson (2008) har i en studie undersökt allmänläkares upplevelse av multiprofessionellt teamarbete. Den kvalitativa studien bygger på nio intervjuer med allmänläkare som arbetar med teamformen. En slutsats författarna når är att även om läkarna ser positiva aspekter av teamarbete, upplevs de som osäkra kring sin position som jämlika medlemmar. Läkarna i studien uttrycker lättnad över att dela patientansvaret samtidigt som de tydligt uttrycker att någon måste stå för det slutgiltiga ansvaret. Utifrån läkarnas svar är det tydligt i studien att de anser sig vara den naturliga ledaren och att de därför ska ha det slutgiltiga ansvaret. Hansson et al. (2008) uppfattar utifrån materialet att läkarna anser sig vara bäst lämpade för att ha det övergripande ansvaret för teamarbetet.

2.1.3 Psykologen

Psykologernas expansion in i den svenska hälso- och sjukvården skedde i samband med förslag till förändringar i lagstiftning kring hälso- och sjukvård som framkom under slutet av 1970-talet (Rigné 2002). Förändringen som efterfrågades var ett paradigmskifte, gällande sjukvårdens ansvarsområde, från att tidigare fokuserat på att endast bota sjukdomar till att även inkludera psykologiska och sociala aspekter i sitt ansvarsområde. Den offentliga sjukvården skulle inte bara ansvara för god hälsa utan också bidra till att optimera livskvalitén för medborgarna. 1982 trädde den nya lagstiftningen (SFS 1982:763) i kraft och innebar att Sveriges kommuner var tvungna att utforma en policy för att arbeta långsiktigt med att förebygga hälsa (Rigné 2002). För att efterfölja den nya hälsopolicyn där den offentliga sektorn skulle ansvara för medicinska, sociala och psykologiska faktorer blev psykologens yrke en central del. Psykologerna skulle arbeta förebyggande med de psykologiska aspekterna av hälsa. Psykologen har,

som följd av utvecklingen under 1970-talet, blivit en central del i de arbetsätt som genomsyrar hälso- och sjukvården (ibid.).

Vi har gällande tidigare forskning för psykologen i samband med teamarbete inte funnit något relevant material. Sökningar har skett men det material som behandlat psykologen på närliggande områden anser vi inte har varit relevant att tillämpa i vårt material.

2.2 Teamarbete inom hälso- och sjukvård

Teamarbete har sedan 1970-talet har utvecklats och blivit en väletablerat arbetsmetod inom sjukvården (Berlin, Carlström & Sandberg 2007). På nationell nivå utvecklades metoden i samband med lagstiftningen 1982 (SFS 1982:763) då hälso- och sjukvården blev mer inriktad på samarbete mellan professioner (Rigné 2002). I Socialstyrelsens (1998:8) allmänna råd ansåg de att bedömningar av individers behov bör utgå från sociala, fysiska, medicinska och psykiska behov. Teamarbete inom hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige utvecklades som ett svar på kritik mot att det blivit alltför fragmenterat. Att olika professioner samverkade för att skapa en helhetssyn kring patientens behov var ett försök att utforma skraddarsydda insatser för patienterna (Axelsson & Axelsson 2007). Olika professioner som kan ingå är till exempel läkare, psykolog, kurator, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Teamets funktion är att skapa en fungerande vårdkedja för patienten med syftet att förbättra kvaliteten på den vård som ges (Berlin, Carlström & Sandberg 2009). Arbetsformen har fått ytterligare legitimitet i och med att riktlinjer och policys har framställts på internationell nivå. 1999 framställde WHO (Världshälsoorganisationen), ett policydokument benämnt "Health 21". I dokumentet definierades att Europas medlemsstater innan år 2010 skulle ha utvecklat hälsoförebyggande kompetensåtgärder, med inriktning mot teamarbete och samarbete. Enligt WHO (1999) skall det arbetet bygga på respekt för de olika yrkesgruppernas kunskapsområden, samt att professionerna behöver samarbeta i team för att kunna tackla ofta komplexa hälsoproblem.

Den strukturella ramen för teamarbete som metod innebär att varje profession i teamet har ett ansvarsområde, på så vis hoppas man kunna effektivisera resurserna genom att de olika professionernas färdigheter utnyttjas. Målet med teamarbete är att skapa en helhetssyn kring patienten och dra nytta av den, i de insatser man beslutar om. När de olika yrkesgrupperna i teamet förstår varandras kompetens och styrkor, ökar också teamets förmåga att lösa komplex problematik i arbetet med patienterna (Larsen 2003). Yrkesgrupperna i teamarbetet är anställda för att bevaka en del i en större helhet, ett område som de är specialister på. När olika professioners perspektiv och kompetenser möts i teamarbetet, kan de med

enskilda bidrag eller genom att ställa perspektiven mot varandra, skapa helhetliga insatser med patienten i fokus. Det skulle inte vara något syfte med att anställa olika professioner med olika kompetens, om de inte bidrar med sina perspektiv i arbetet med patienterna (Thylefors 2007).

Kvarnströms (2007) licentiatavhandling innehåller diskurs- och innehållsanalytiska studier av teamarbete i vården. Hon menar att utmaningarna inom teamarbete är mångfacetterade och arbetet ställer krav på teamets medlemmar, för att fungera optimalt. En av svårigheterna med teamarbete menar forskaren är att möta patienter på ett likvärdigt vis, något som försvårades genom begränsningar i användandet av teamets gemensamma kunskapsresurser. De olika professionernas kunskapsbidrag värderades inte alltid lika eller togs till vara på ett adekvat sätt, vilket ledde till att helhetssynen kring patienten ibland begränsades. I studien framkommer det att när ansvarsområden är diffusa kan det orsaka oenighet kring patientärenden. Om de olika yrkesgrupperna inte vet vad de ansvarar för skapas brister i teamets dynamik, vilket leder till att möjligheterna att möta patientens behov begränsas (Kvarnström 2007).

Toselands (1986) genomför en kvalitativ intervjustudie kombinerat med en kvantitativ enkätstudie för att undersöka teamarbete inom psykiatrin. I sin studie diskuterar han för- och nackdelar med arbetsmetoden. Fördelar han likt Kvarnström (2007) tar upp är i form av att professioner med specialistkunskap kommer samman för att möta patientens behov. Arbetsformen gynnar enligt forskaren både patienten, som får en mer omfattande vårdinsats, samt personalen som får ett forum där de kan möta svårigheter i arbetet tillsammans. Nackdelar med teamarbete är enligt Toseland (1986) risken för utnyttjandet av medlemmarnas individuella kompetens minskar. Orsaken enligt honom är att arbetsmetoden kan uppmuntra medlemmarna att hålla med varandra även vid dåliga beslut, minska enskild problemlösningsförmåga samt bidra till s.k. "grupptänkande". Forskaren anser att professionerna på så vis fokuserar mer på gruppklimatet än att komma fram till bästa möjliga lösningar för patienten.

I sin avhandling genomför Blomqvist (2009) en studie där hon observerade tio mångprofessionella psykiatriska öppenvårdsteam under behandlingskonferenser vid tre olika tillfällen. När teamen skulle utforma insatser fokuserades samtalen kring den kroppsliga aspekten av patienten och läkarnas tankegångar blev tydligast. Forskaren (ibid.) anser att teamen inte belyste patienten på ett mångsidigt sätt vid patientdiskussionerna. Vidare ifrågasätter hon om teamen verkligen utnyttjade den samlade kompetens som fanns, det torde ligga till grund för begränsningar i analysen och utformningen av insatserna för patienterna. Som orsak anger Blomqvist (2009) hierarkiska positioner och professionernas olika syn på psykiska symtoms bakomliggande orsaker. Vidare menar hon att olika synsätt

föranleder professionerna att förespråka olika insatser för att möta patientens behov. För att en samsyn kring patienten skall komma till stånd, menar forskaren att teammedlemmarna behöver arbeta fram beskrivningar och ansvarsfördelning som de gemensamt är överens om. Hon efterlyser att team behöver utarbeta en tydlig struktur för hur man diskuterar och kommer till beslut. Blomqvist (2009) menar att skapandet av samsyn kring patienter och tydliga ansvarsområden för professionerna, samt fördelningen av dessa, är en av teamledarens centrala uppgifter.

2.3 Ledarskap inom teamarbetet

Team kan vara mer eller mindre självbestämmande och kan arbeta utan en tydlig ledare. I ett helt demokratiskt team, är det medlemmarna själva som tar ansvar och styr hur teamet skall fungera genom demokratiska processer. Vanligare är det dock med någon form av ledare som utformar teamets professionssammansättning och tar ansvar för att utveckla arbetet (Axelsson & Axelsson 2009). Den formella ledaren delegeras ansvar för teamet och utses vanligtvis av organisationsledningen. Om ingen delegeras ansvar kan någon, utifrån exempelvis position eller auktoritet, agera som informell ledare (Berlin & Carlström 2004).

Teamledarens funktion är att bidra professionerna i skapandet av en helhetssyn i vården av patienten (Thylefors 1991). Ledaren har en viktig funktion genom att få teamets medlemmar att forma gemensamma intressen, mål samt värderingar för arbete (Sveningsson & Alvesson 2010). Teamledaren har en position som kan vara motstridig eftersom förväntningarna på hur arbetet ska skötas inte alltid ser likadana ut hos chefer ovanifrån och medarbetare i teamet (Thylefors 1991). Finns det inte tydliga riktlinjer för vad som ingår i ledarens arbetsuppgifter kan det leda till förvirring både inom teamet och hos ledaren. För att leda ett team inom hälso- och sjukvården krävs det att ledaren tilldelar teammedlemmarna en viss del av sin makt och tillåter sig att luta sig på andras kompetens (Larsen 2003).

Liff (2011) har som del i sin avhandling genomfört en kvalitativ studie grundad på intervjuer samt observationer från tre team inom hälso- och sjukvård. Ett ämne som han likt Hansson et al. (2008) diskuterar är hur de inom team ser på det yttersta patientansvaret. Liff (2011) konstaterar att för att kunna garantera patientsäkerheten har det medicinska ansvaret tillskrivits läkaren. I och med att ansvaret ligger hos läkaren tillkommer även personlig och professionell risk i samband med misslyckande behandlingsförsök. Forskaren konstaterar att den möjligtvis största risken för teamarbets funktion är om läkaren inte känner tillit i övriga professioners behandlingsalternativ, utan istället fokuserar på den risk som tillkommer om hen låter övriga professioner ta beslut. Till skillnad från respondenternas inställning, i Hanssons et al. (2008) studie, gällande behovet av

en person med yttersta patientansvaret lyfter Liff (2011) behovet av att fördela risken mellan de olika professionerna inom teamarbetet. Han anser att ett kollektivt riskdelande skulle minska ansvarsbördan för läkare och enhetschefer. För att möjliggöra ett kollektivt riskdelande krävs det att samtliga professioner reflekterar kring risken för patienten som följd av egna behandlingsmetoder, men även att ledarna för gruppen lägger till i övriga teammedlemmar. Ett sätt för att arbeta mot ett kollektivt riskdelande är enligt forskaren att teamet arbetar mot ett gemensamt mål i form av patientens vård. På så vis anser han att teammedlemmarna kan samarbeta istället för att skapa konflikter. Liff (2011) har som förslag på vidare forskning att undersöka hur ledarskapsrollen hanteras inom teamarbete.

3. TEORETISK RAM

Följande avsnitt syftar till att beskriva den teoretiska ram som studien utgår från. Genom att förklara och tydliggöra de begrepp som förekommer menar vi att förståelsen för empirin och uppsatsen som helhet ökar.

3.1 Teamformer

Teamarbete kan förekomma i olika former där olika yrkeskategorier samarbetar på olika sätt. Benämningar på olika teamformer som förekommer varierar i litteraturen. Vi kommer att definiera två olika former av teamarbete, och förklara dem närmare i det här avsnittet.

3.1.1 Interprofessionell teamform

Thylefors (2007) menar att i den interprofessionella formen kan teamet bara nå det önskade resultatet om alla arbetar gemensamt, målet är att *summan skall bli mer än de enskilda delarna*. Teammedlemmarna skall företräda sitt specialistområde, men för att arbetet skall fungera krävs det att medlemmarna kan samspela och på ett verksamt sätt samordna sina insatser. För att det skall uppnås fordras det att *medlemmarna tar varandras bidrag i beaktande* och kommunicerar kring vilka sammantagna insatser som behövs. Om det interprofessionella teamet skall lyckas lösa problem genom förenade ansträngningar, beskriver Thylefors (2007) att det behövs en gemensam planering och målsättning för teamverksamheten.

Ett interprofessionellt teamform kräver också en social och kommunikativ kompetens av medlemmarna. En *väl fungerande dialog* blir synnerligen viktig då professionerna kommer att ha olika infallsvinklar på hur problem skall lösas. Motsättningar kan i teamformen skapas men syftar till att komma patienten till godo eftersom det innebär att professionerna belyser patienten till det yttersta ifrån

respektive perspektiv. Genom en väl fungerande dialog kan motsättningar vara en konstruktiv del i arbetsformen och inte mynna ut i konflikter. För att gemensamt utreda, planera och implementera de samordnade insatserna, behövs ett samtalsklimat med högt i tak och *riklig kommunikation mellan teamets medlemmar*. Ledaren i ett interprofessionellt team tar rollen som en *lagledare* och försöker bidra till att teamet når sina *kollektiva mål*, genom att få ut det bästa från var och en av teamets medlemmar (Thylefors 2007). Ledaren står ansvarig för teamarbete som metod. I det ingår att se till metodens utveckling samt ansvara för struktur som arbetet sker i.

3.1.2 Multiprofessionell teamform

I *multiprofessionell teamform* är samarbetet av sekundär betydelse menar Thylefors (2007). Ansvarsfördelningen mellan teamets medlemmar är klart avgränsad, och var och en kan bidra med sin *specialkompetens oberoende av de andra i teamet*. De självständiga insatserna från teamets medlemmar kräver begränsat samspel, och teamets kontakt består i huvudsak av överlämnande av ärenden och förmedlande av information. Multiprofessionella team fokuserar mer på *vad som skall göras än hur det skall göras*, och samspelet mellan teamets medlemmar är därför av underordnad karaktär. Eftersom resultatet uppnås genom självständiga bidrag från teamets medlemmar, kan de i princip även bytas ut mot andra med likvärdiga kvalifikationer. Arbetet i multiprofessionella team *koordineras* ofta av en teamledare (Thylefors 2007). Ledaren samordnar teamets insatser, och tar även ansvar för att sätta ihop de olika bidragen från medlemmar till en helhet. Ledaren är ofta den med högst yrkesmässig rang och kan till exempel vara en läkare. Eftersom arbetet ofta samordnas av ledaren i ett multiprofessionellt team, faller det också naturligt att det påminner om ett traditionellt chefskap. Trots det så har medlemmarna en *viss självbestämmanderätt inom den egna professionen*, därför blir ledarens inflytande över professionernas arbetet något begränsat. Motsättningar i multiprofessionell teamform förekommer oftast i låg grad, eftersom teammedlemmarna arbetar relativt oberoende av varandra, och framförallt ger förslag och bedömningar till den som samordnar teamets insatser. Om motsättningar ändå uppstår, överlåtes hanteringen i viss mån till den som koordinerar teamets insatser (Thylefors 2007).

3.2 Förklaringsmodeller till teamform

Vi kommer i följande stycke beskriva och definiera olika begrepp som vi uppfattar kan bidra till att öka förståelsen till varför teamen arbetar på olika vis. Vi har valt att dela in begreppen i strukturella-, ledarskaps- och aktörsfaktorer.

3.2.1 Strukturella faktorer

Formell struktur - Rubenowitz (2004) beskriver att arbetet inom organisationer bör innehålla någon formell struktur. Genom att strukturera arbetet maximeras resurserna inom organisationer på bästa sätt. Om medlemmarna inom organisationen är eniga om målsättning och arbetsmetod för att nå den, förväntas också organisationen bli effektiv. Genom att definiera och fördela arbetsuppgifter förslagsvis skriftligt inom organisationen, blir innebörden av dem och målen som eftersträvas tydliga. I och med det antas engagemanget, produktiviteten och arbetstillfredsställelsen öka hos de som arbetar i organisationen.

Intressekraft - Petersson (1987) använder begreppet intressekraft för att belysa hur organisationen kan påverka aktörer inom den, vilket innebär att organisationen försöker få en aktör att handla på ett visst sätt. Genom att förmedla riktlinjer och förespråka vissa insatser och fokusområden kan organisationen påverka en aktörs beteende (Peterson 1987).

Stigberoende - Stigberoende är en beslutsmodell vilket innebär att tidigare beslut påverkar beslut som fattas (Jacobsson & Thorsvik 2008). Det innebär att ett beslut som fattas i hög grad är beroende av vilka beslut som skett tidigare och i sin tur kommer att påverka vilka beslut som i framtiden kommer fattas. I och med beslut fattas kan speciella stigar skapas vilket leder till att organisationen utvecklas i en viss riktning. Genom att beslutsprocesser ses som sammanhängande kedjor kan man enligt författarna (ibid) försöka förstå vilka beslut som lett till att en viss stig följs inom organisationen, samt förstå varför vissa beslut tas som följd av vald stig.

Tid är ett begrepp som Thylefors (2007) lyfter fram som grundläggande för teamarbetets struktur. För att möjliggöra teamarbete krävs träffpunkter, formella möten, där deltagarna kan samordna insatser kring enskilda patienter samt utveckla kompetens och arbetsformer. I och med dessa möten får samtliga deltagare möjlighet att kommunicera och lyfta sina åsikter. Informell kommunikation mellan teamdeltagare kan ske exempelvis i korridoren och under kafferasten, men det krävs att samtliga deltagare får utrymme i de formella mötena för att teamarbetet ska fungera. Tidsbrist som följd av brister i mötestekniken, för stort antal medlemmar i gruppen eller frånvaro av vissa medlemmar är exempel på vanliga hinder för meningsfulla möten.

3.2.2 Ledarskapsfaktorer

Formell auktoritet - Hatch & Cunliffe (2006) beskriver begreppet som en bakomliggande orsak till makt inom organisationer. Det innebär att en persons maktposition står i relation till dess position i hierarkin. Följden blir att

organisationer med en tydlig hierarki för varje hierarkisk nivå även kommer tilldela formell auktoritet till de individer som positioneras på nivån.

Aktiv ledare - Om en grupp ska styra sig själv krävs samtidigt ledarskap. Aktiv ledare (Thylefors 2007) innebär att någon i gruppen har rollen som ledare och ansvarar för målfokusering, uppmuntrar och fördelar aktivitet samt går in som tredje part vid konflikter. Om inte någon i gruppen ansvarar för att se till dessa funktioner finns risken för att gruppen upplever osäkerhet i arbetet.

Den dubbla rollen - Begreppet innebär att ledaren för ett team både har ett eget professionsansvar samt ansvarar för teamarbetet som metod. Om ledaren ägnar allt för stor uppmärksamhet att detaljstyra i egna professionsområdet, riskerar hen att begränsa sitt fokus på teamarbete som metod vilket kan leda till att dess resurser inte utnyttjas till fullo (Larsen 2003). Axelsson & Axelsson (2009) lyfter ännu en aspekt som kan vara än svårare att hantera. Ledaren är ansvarig för verksamhetens mål och skapa förutsättningarna för teamet att nå dessa. I och med att ledaren ska delta i teamet samt leda, måste hen representera både verksamhetens mål och samtidigt teamets medlemmar. Det kan skapa dubbla lojaliteter som kan vara svåra att hantera. Det optimala är om teamledaren är tillräckligt insatt i professionernas arbete, och koordinerar det effektivt, men inte ingår i teamet med ett eget professionsansvar (Larsen 2003).

3.2.3 Aktörsfaktorer

Informell auktoritet - Skau (2007) tar upp att informell auktoritet inom en organisation kan vara minst lika viktigt som den formella, när det kommer till hur den styrs och hur beslut tas. Vissa anställda har en hög informell auktoritet, beroende på att de besitter en stor erfarenhet, hög kunskap eller lång tjänstgöringstid. En individ med informell auktoritet, kan oberoende av ställningen i den formella organisationsstrukturen utgöra en viktig maktfaktor.

Målkonflikt - Jacobsen & Thorsvik (2008) beskriver att individer eller grupper och dess organisation kan ha olika uppfattningar om vilka mål som är viktigast, och vilka metoder som är bäst lämpade för att nå dessa mål. I och med yrkesspecialisering finns risken för att individer koncentrerar sig på sitt avgränsade arbetsområde och delmål inom egna arbetsuppgifter, vilket kan medföra att de förbiser eller ignorerar organisationens övergripande mål. Det innebär att en målkonflikt kan uppstå mellan organisationens representant/er och de individer eller grupper som fokuserar på sina egna områden.

Fritt val - Begreppet innebär att ansvar ges till personer som antas varit delaktiga i att beslut fattas (Brunsson 1998). Om flera personer har möjlighet att påverka beslut som fattas beror ansvarsfördelningen på i vilken omfattning de olika

personerna valt att delta i beslutet. Med detta menas att varje aktör har en möjlighet att själv välja om denne vill ta del av ansvaret eller inte. Om det finns en utsedd beslutsfattare menar Brunsson (1998) att beroende på hur personer omkring denne försöker att påverka vilka beslut som fattas, kommer ansvaret att fördelas olika efter påverkansgrad. Om beslut får fattas utan påverkan från andra än beslutsfattaren kommer denne att stå ensam ansvarig för beslutet.

Rollkonflikt - Om en individ möts med skilda förväntningar gällande hur den ska handla utifrån sin position kan det leda till en rollkonflikt (Jacobsson & Thorsvik 2008). När individen inte vet hur den ska agera för att möta de skilda förväntningarna som ställs på rollen, skapas svårigheter för individen att uppfylla den. Konflikten leder till att individen kan tvingas välja mellan vilken av förväntningarna den ska rätta sig efter. Som följd riskerar organisationen att påverkas då personen inte upplever trygghet i sin yrkesroll.

Prestationsbehov - Behovsteorin syftar till att beskriva vilka faktorer som bidrar till att tillfredsställa människors behov (Jacobsson & Thorsvik 2008). Prestationsbehov innebär att tillfredsställelse kommer som följd av att individen får möjlighet att göra någonting bättre än tidigare. Författaren (ibid) menar att göra någonting bättre ofta innebär att göra någonting annorlunda. För att individen ska motiveras att handla måste möjligheten finnas att tillfredsställa behovet.

Att se problem från andras perspektiv - Begreppet används när Lindberg (2009) beskriver främjande faktorer för att skapa samsyn. För att samstämmighet skall uppstå, förutsätts det att deltagarna har en vilja och förmåga att kunna se problem även från de andra deltagarna perspektiv. Genom att förstå andras kunskapsområde kan professioner i större omfattning använda sig av varandras specialistkunskap vid problemlösning. Lindberg (2009) menar att de olika professionerna som följd kan se på varandras kompetens som unik i relation till sin egen och på så vis förstärks varje deltagares yrkesroll.

4. METOD

Metodavsnittets syfte är att ge en tydlig bild av hur undersökningen har genomförts. Bryman (2011) beskriver transparens som möjligheten för läsaren att förstå hur forskarna konkret har gått tillväga för att komma till de resultat och slutsatser som presenteras. Genom att presentera och förklara de avgränsningar, urval och metodval som skett syftar vi till att öka undersökningens transparens och som följd belysa den process som lett fram till det slutgiltiga resultatet. Nedan följer redogörelse samt avslutande metodreflektion där vi reflekterar över hur våra val påverkat undersökningens utfall.

4.1 Kvalitativ forskningsansats

Uppsatsen har en kvalitativ forskningsansats. Undersökningen syftar till att öka förståelsen kring enskilda individers subjektiva upplevelser för vilket Starrin (1994) anser att kvalitativa data är att föredra. Som följd av uppsatsens syfte är kvalitativ forskningsansats bäst tillämpbar. Ansatsen möjliggör att undersöka och upptäcka tidigare okända eller otillräckligt utforskade variationer, strukturer och samband inom teamarbetet utifrån teammedlemmars upplevelser (Starrin 1994). Uppsatsen syftar till att förklara och förstå fenomenet istället för att söka systematiska samband (ibid). Ansatsen i sin tur är av abduktiv form vilket innebär en kombination av induktiv och deduktiv strategi (Bryman 2011). Deduktiv då ämnesvalet utgick från egen förförståelse vilket ledde till tidigare forskning på området som i sin tur bidrog till att formulera syftet. Induktiv i och med att val av teori och följande slutsatser grundas i undersökningens empiri (ibid). Den abduktiva ansatsen innebär att teori och resultat har formats utifrån ett växelspel mellan förkunskap, tidigare forskning och den empiri som insamlats. Som följd av detta växelspel anser vi att möjligheterna att belysa, förklara och förstå uppsatsens empiri ökar.

4.2 Litteraturgenomgång

Litteraturgenomgången är enligt Bryman (2011) viktig för att bredda sin förförståelse kring ämnet samt säkerställa att identiska studier inte genomförts. Redogörelsen av vår litteraturgenomgång syftar till att belysa hur tidigare forskning som presenteras valts ut. Uppsatsens litteraturgenomgång tog sin start i Gustafsson & Lannebris (2010) kandidatuppsats där de eftersökte fortsatt forskning kring professioners upplevelse av teamarbete. Därefter användes, nationalbiblioteksdata-basen, LIBRIS med sökorden *team och psykiatri* och *teamarbete* vilket ledde till ett antal böcker om teamarbete samt till en avhandling gällande teamarbete inom vården. Genom att granska böcker och avhandlingar inom samma område och respektive referenslistor fick vi tillgång till ytterligare material. Ämnesorden *teams in the workplace*, *interprofessional relations* och *patient care teams* fann vi registrerade under flertalet av relevanta böcker och avhandlingar, vilket möjliggjorde vidare sökningar inom LIBRIS samt andra databaser. Social service abstracts, ProQuest Social Sciences och PsycINFO var databaser som gav mest relevant material utifrån uppsatsens syfte. Vi upplever att litteraturgenomgången ledde till att, utifrån tidsramen, en överkomlig del av ämnesområdets tillgängliga svenska och internationella forskning granskades. I och med uppsatsens syfte skedde ett urval både gällande internationell och nationell forskning vilket innebar en medveten selektion av material som ansågs relevant för uppsatsen. Urvalsprincipen innebar avgränsningar till studier som var relevanta utifrån uppsatsens förutsättningar i form av aktörer, syfte och

frågeställningar. Den litteratur som använts för teoretiska ramar har delvis varit andrahandskällor. Detta som följd av att vi upplever att de redogör för teoretiska begrepp på ett mer helhetligt och förståeligt vis.

4.3 Empiriinsamling

I följande avsnitt beskrivs de steg som lett fram till hur uppsatsens empiri samlats in och de faktorer som påverkat.

4.3.1 Kvalitativa intervjuer

Då uppsatsens syfte är att fånga in teammedlemmars upplevelser har studiens insamlingsmetod varit enskilda kvalitativa intervjuer. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver kvalitativ intervju som en metod vilken möjliggör för forskaren att genom samtal få kunskap kring människors erfarenheter, känslor, attityder och den omvärld de agerar i. Forskarens fokus blir att erhålla nyanserade beskrivningar som belyser skillnader och variationer hos ett fenomen (ibid). Genom att använda kvalitativa intervjuer blir det möjligt att granska variationer i fenomenet teamarbete utifrån enskilda respondenters erfarenheter.

4.3.2 Urval

I kvalitativ forskning blir urvalet för studien av stor betydelse då det påverkar empirin som samlas in. För uppsatsens urval användes ett målinriktat urval (Bryman 2011) vilket innebär att urval skett utifrån en önskan om att intervjua personer som är relevanta för att besvara problemformuleringen. Uppsatsens avgränsningar mot vuxenpsykiatri inom Västra Götalandsregionen lämnade sex verksamhetsområden öppna för att söka respondenter inom. Snöbollsurval (ibid.) har använts som angreppssätt i för att komma i kontakt med team. Genom ena författarens kontakter, från praktikperioden inom vuxenpsykiatri, förmedlades kontakt med verksamhetschefen för ett av de möjliga verksamhetsområdena. Verksamhetschefen förmedlade i sin tur vidare kontakt till två stycken team inom verksamhetsområdet. För att få med ytterligare ett team till undersökningen söktes kontakt med en verksamhetschef för ett av de andra områdena. Då chefen inte var tillgänglig kom vi istället i kontakt med en enhetschef inom samma verksamhetsområde. Enhetschefen förmedlade kontakt med ett team inom en av de enheter denne var ansvarig för.

4.3.3 Teamen i studien

Två av sex verksamhetsområden, som arbetar med vuxenpsykiatri inom Västra Götalandsregionen, har undersökts. Ett av verksamhetsområdena representeras av team [A] som arbetar efter en *interprofessionell teamform* medan det andra verksamhetsområdet representeras av två team, [B] och [C], som arbetar efter en

multiprofessionell teamform. För att tydliggöra kontexten teamen verkar inom redogörs deras förutsättningar i följande stycke.

Team [A] som representerar den interprofessionella teamformen arbetar inom en specialistmottagning som arbetar med bred patientproblematik. Arbetsuppgifter är olika typer av sociala, psykologiska och medicinska utredningar, samt behandla och rehabilitera patienter. Mottagningen består endast av aktuellt team som innefattar enhetschef, kurator, läkare, sjuksköterska och psykolog. Mottagningen är belägen i en mindre kommun i Västra Götalandsregionen och betjäningsområdet de arbetar med är i huvudsak den egna kommunen. Teamet utgår från att alla arbetar gemensamt och har som mål att summan skall bli mer än de enskilda delarna. Teamet har en väl fungerande dialog och utreder gemensamt, planerar samt implementerar insatser för patienterna.

Team [B] är ett av de team som representerar den multiprofessionella teamformen. Teamet arbetar inom en specialistmottagning som utreder, fastställer och i viss mån behandlar en specificerad patientgrupp. Inom mottagningen finns det en handfull team som består av arbetsterapeut, kurator, läkare, sjuksköterska och psykolog. Mottagningen är belägen inom en större kommun i Västra Götalandsregionen och har hela regionen som betjäningsområde. Teamet arbetar med självständiga insatser och medlemmarnas kontakt innefattar i huvudsak överlämnande av ärenden och förmedlande av information. Resultat uppnås genom självständiga bidrag av dess medlemmar.

Team [C] är det andra teamet som representerar den multiprofessionella teamformen. Teamet arbetar inom en konsultativ verksamhet riktad mot en specificerad patientgrupp. Det innebär att verksamheten inte har ansvar för längre behandling av patienter. Mottagningen består endast av aktuellt team och innefattar kurator, läkare, sjuksköterska och psykolog. Mottagningen är belägen i en större kommun i Västra Götalandsregionen och har hela regionen som betjäningsområde. Teamet arbetar med utredning, fastställande av diagnos och behandling i viss mån, vilket koordineras av teamets läkare. Medlemmarna arbetar relativt oberoende av varandra och ger framförallt förslag, bedömningar och förmedlar information till läkaren som sammanfogar teamets insatser till en helhet.

4.3.4 Intervjuguide

En semistrukturerad intervjuform har valts för att genomföra de kvalitativa intervjuerna. Kvale & Brinkmann (2009) menar att en intervjuguide möjliggör för forskaren att få översikt över de teman som ska tas upp samtidigt som den inte begränsar alternativa idéer eller synsätt. För att utforma en kvalitativ intervjuguide är det avgörande att frågorna formas med flexibilitet, vilket möjliggör för

forskaren att fånga in respondenternas livsvärld (Bryman 2011). Intervjuguiden ska därför ses som stöd vilken den semistrukturerade intervjun utgår från, och inte som en bindande mall för genomförandet. Intervjuguiden finns bifogad i slutet av uppsatsen som bilaga (se bilaga 1) och nedan följer en beskrivning av intervjuguidens utformande:

Då en del i syftet är att undersöka olika teamformer anser vi att det krävs viss struktur i utformandet av intervjuguiden (Bryman 2011), för att möjliggöra jämförelser inom materialet. Intervjuguidens struktur består, som följd av detta, av fyra avsnitt utformade utifrån uppsatsens syfte och frågeställningar. Första avsnittet innehåller frågor om respondenternas yrkesbakgrund för att kunna sätta in dennes svar i ett sammanhang (ibid). Första avsnittet syftar även till att skapa en god kontakt för intervjuens fortsättning. Därefter följer tre avsnitt som följer uppsatsens frågeställningar utifrån tematiseringen *ansvarsområde, ledarskap och patienters behov*. Utifrån tematiseringen formulerades i sin tur frågor som syftar till att generera svar på undersökningens frågeställningar och syfte (Bryman 2011). Frågorna har formulerats inledande, öppna och sonderande för att möjliggöra för respondenterna att ge rika beskrivningar av, för dem, de viktigaste delarna gällande uppsatsens intresseområde (Kvale & Brinkmann 2009). På så vis möjliggörs att få svar kring bakomliggande orsaker till dessa delar. Som följd av semistrukturerad intervjuform har ordningen som frågorna ställts varierat beroende på hur intervjun har fortlöpt, men samtliga frågor har belysts under intervjuens gång.

4.3.5 Intervjuernas genomförande

För att öka förståelsen för hur empirin insamlats beskriver följande avsnitt de generella förutsättningarna för undersökningens intervjuer. Som följd av ökad förståelse önskar vi att öka uppsatsens transparens samt möjliggöra för kritisk granskning.

För respektive team förmedlades kontakt med en av respondenterna i varje team som agerade som kontakt mellan oss och resterande teammedlemmar. Till kontakten skickades ett introducerande mail med informationsbrev (läs mer under: Etiska aspekter) samt kopia av intervjuguiden, som samtliga respondenter skulle ta del av. Dokumenten bifogades för att tydliggöra studiens syfte, respondenternas valfrihet att delta samt öka förståelsen för intervjusituationens genomförande. Efter att respektive kontaktperson fått samtycke från respondenterna bistod kontakten oss i att boka intervjutillfällen. För att ta hänsyn till respondenternas arbetssituation lät vi de ge önskemål på tid och plats för genomförandet av intervjuerna. I samtliga fall skedde de enskilda intervjuerna på önskad tid och plats. Intervjuerna skedde på respektive respondents arbetsrum i samtliga fall förutom ett som skedde i konferensrum anslutet till verksamheten. Att låta

respondenterna bestämma plats ansåg vi ökade möjligheterna för att skapa en naturlig och förtroendefull intervjumiljö.

Intervjuerna inleddes med en orientering (Kvale & Brinkmann 2009) vilket innebar genomgång av undersökningens syfte, hur materialet kommer att användas och ytterligare etiska aspekter. I samband med detta frågades samtycke till att använda diktafonprogramvara på mobiltelefon för att spela in intervjuerna. Samtliga respondenter var positiva till metoden och dubbla mobiltelefoner användes för att minska risken att material skulle kunna gå förlorat. Därefter följde en kort presentation av oss som genomför studien. Sedermera informerade vi kring vem som skulle genomföra intervjun och den andres roll i intervjusituationen, vilken var att lyssna och vid passande tillfälle ställa följdfrågor som inte hade ställts eller besvarats.

Efter orienteringen presenterades intervjuguidens struktur och därefter skedde intervjun utifrån denna. Som följd av presentationen av intervjuguiden upplevde vi att respondenterna i hög omfattning höll sig inom relevanta områden för undersökningens syfte. Intervjufrågorna har eftersökts att vara både tematiska och dynamiska i sin utformning (Kvale & Brinkmann 2009). Tematiska då de har syftat till att bidra i analys och för att besvara undersökningens syfte och frågeställningar. Även om frågorna i stor omfattning relaterat till intervjuguidens struktur har även spontanitet förekommit då respondenterna lyft intressanta alternativa tankar vilket bidragit till att se orsaker gällande de fenomen som beskrivits. Den dynamiska aspekten (ibid) av frågorna har varit i förhållningssättet vi, som forskare, haft till våra respondenter. Vi har utgått från att respondenterna bäst beskriver sina upplevelser genom att vilja samtala kring ämnet och föra det framåt. Frågorna har därför syftat till att låta respondenterna utveckla sina resonemang och på ett naturligt sätt skapa en positiv samtalssituation. Som följd har vissa av intervjuerna tagit längre tid än ursprunglig planerat men har lett till svaren på frågorna formats på ett tillfredsställande sätt. Avslutningsvis skedde en uppföljning (Kvale & Brinkmann 2009) vilket innebar att respondenten tillfrågades om den hade något att ytterligare tillägga intervjun. Vi upplevde att samtliga respondenter var positiva till intervjuns genomförande och intresserade av uppföljning. En majoritet av respondenterna önskade att ta del av uppsatsen efter färdigställande och vi har lovat att skicka den till samtliga respondenter via kontaktpersonerna. Intervjuerna tog mellan 45 – 90 minuter och har avslutats när vi har upplevt att ämnet har genomlysts ifrån samtliga perspektiv som vi och respondenten lyft.

4.3.6 Tillvägagångssätt vid bearbetning och analys av empiri

Följande avsnitt syftar till att förklara bearbetning av analys och empiri, genom att tydligt presentera tillvägagångssättet som tillämpats.

Intervjuerna lyssnades igenom enskilt samt anteckningar fördes vid tiden då respondenterna talade om relevanta ämnen i förhållande till studiens syfte. Genom att lyssna på intervjuerna separat ökades möjligheten att upptäcka diversifierade tankegångar utifrån empirin. Intressanta delar av intervjuerna jämfördes och fokus lades på att hitta likheter, skillnader och återkommande teman, allt för att finna en röd tråd. Teman formulerades utifrån en variant av tematisk analysmodell, vilket underlättar att svara på studiens syfte och frågeställningar. Att reducera data genom tematisk analysmetod menar Bryman (2011) främjar forskarens möjlighet att sammanfatta det väsentliga i sin insamlade empiri, och att en röd tråd följs genom analysen. Empirin kategoriserades utifrån respektive team och därefter i tydligt formulerade teman som benämndes *bakgrund*, *ansvarsområde*, *ledarskap* och *patienters behov*. Teamen delades upp för att empirin skulle bli tydlig att överskåda, samt lämpa sig för att jämförelser teamen emellan kunde ske i analysen. Därefter lyssnades materialet igenom gemensamt och relevanta tidsangivelser fördes in under respektive kategori. Sedan transkriberades texten från de tidsangivelser som noterats och deltagarnas språk behölls i så stor utsträckning som möjligt (Bryman 2011). Därefter skedde en anonymisering av empirin och en kodnyckel skapades för respektive respondent. Att bara transkribera den del av empirin som anses hjälpa forskaren att besvara studiens syfte och frågeställningar, effektiviserade processen och ledde till att fokus lades på att göra en genomarbetad analys. Resultat och analys av empirin redovisas i gemensamma avsnitt utifrån kategoriseringen, för att presentationen ska bli tydlig och lättöverskådlig. En del citat skrevs ihop till löpande text, andra valdes ut för att belysa och tydliggöra respondenternas resonemang. Tidigare forskning och teoretiska begrepp applicerades på resultatet för att styrka och förklara vad som framkommit i studien, samt för att svara på frågeställningarna och förankra analysen vetenskapligt (Bryman 2011).

4.4 Etiska aspekter

I samband med forskning är det centralt att överväga och förhålla sig till etiska aspekter relaterade till studien. Följande avsnitt syftar till att redogöra för etiska reflektioner och aspekter som ligger till grund för uppsatsens utformning. Den etiska förhållningsram som studien utgår från är Vetenskapsrådets Forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet 2002).

Informationskravet innebär att potentiella deltagare informeras kring undersökningens syfte, de ska veta att deras deltagande är frivilligt samt få reda på vilka moment som ingår i undersökningen (Bryman 2011). För att uppfylla kravet valdes att formulera ett informationsbrev (se bilaga 2) som innefattar dessa delar samt redogör för hur materialet kommer att användas. Då respondenterna fick ta

ställning till deltagande i studien först efter att de mottagit informationsbrevet syftade vi till att även uppfylla *samtyckeskravet*. Principen innebär att deltagarna måste lämna sitt samtycke till att ställa upp som respondenter i studien. I och med att deras deltagande skedde efter att ha informerats om undersökningens syfte och förutsättningar fick vi ett informerat samtycke från samtliga deltagare.

Nyttjandekravet menar Vetenskapsrådet (2002) innebär att forskaren endast använder materialet för forskningsändamålet. Både inför, i informationsbrevet, och i samband med intervjuerna valdes vi att tydliggöra att materialet endast kommer att användas i uppsatsen och därefter kommer inspelningar och material som inte använts att raderas.

Konfidentialitetskravet menar Kvale & Brinkmann (2009) handlar om att värna om respondenternas privatliv och därför ska samtliga uppgifter gällande respondenterna behandlas med största möjliga konfidentialitet. För att uppnå kravet har vi valt att anonymisera undersökningens respondenter i avseende på kön, namn samt verksamhet som de arbetar inom. Vi menar att anonymiseringen inte begränsar undersökningens syfte utan endast bidrar till att minska risken för konsekvenser i respondenternas livsvärld som följd av studien.

Informationsbrevet lyfte samtliga etiska principer men då vi inte kan vara säkra på hur väl respondenterna läste brevet gick vi även igenom dessa i samband med intervjutillfällena. Genom tillvägagångssättet försökte vi ta hänsyn till och belysa de etiska aspekterna i undersökningen.

Kvale & Brinkmann (2009) menar att forskare alltid måste reflektera över vilka konsekvenser undersökningen kan ha för den enskilde respondenten. För att ytterligare minska risken för konsekvenser frågades, och hänsyn togs till, om någon del i materialet respondenterna inte ville skulle användas. Som forskare och intervjuare har vi försökt reflektera över de etiska aspekterna gällande framställning av materialet. Då undersökningens syfte inte är att granska enskilda individers åsikter har vi i framställningen av materialet försökt använda de delar av materialet som belyst fenomenet på ett, enligt oss, adekvat sätt utan att leda till konsekvenser för respondenterna.

4.5 Metodreflektioner

I och med att uppsatsen utgår från en kvalitativ ansats får forskaren stor inverkan på det resultat som framställs. Inledningsvis i stycket redogörs för författarnas respektive delaktighet i arbetsprocessen. Därefter redogörs och reflekteras över metodens styrkor och svagheter utifrån kriterier gällande *generaliserbarhet*,

reliabilitet och *validitet*, som kan användas för att bedöma kvalitativa undersökningar.

Båda författarna har varit delaktiga i arbetsprocessen kring uppsatsens samtliga delar. Tobias har utifrån sin förförståelse haft en ledande roll i utformning av metodkapitlet samt arbetat med en marginellt större del i resultat och analys. I övriga delar har fördelningen varit likvärdig. Kring de avsnitt som endast en av forskarna arbetat med har diskussion förekommit för att säkerställa att uppsatsen följer en gemensam linje. Diskussioner kring upplevda skillnader, mellan forskarna, gällande omfattning av arbete med uppsatsens olika delar har förts kontinuerligt under processen. Att en av forskarna utformade en lite större del av vissa avsnitt motiverades av den tidsbegränsning som rådde. Vi menar att detta kan begränsat uppsatsen i och med att båda inte fick möjlighet att påverka utformningen, i exakt lika stor grad.

Med *generaliserbarhet* menar Bryman (2011) hur undersökningens resultat är möjliga att överföra till en annan miljö. I och med intervjuer av ett begränsat antal individer inom ett snävt arbetsområde menar författaren (ibid) att det är svårt att generalisera resultaten till andra miljöer. Som följd av ett riktat urval begränsas generaliserbarheten ytterligare då respondenterna inte statistiskt kan anses representera populationen. Dessa faktorer är svagheter som kommer som följd av att arbeta med en kvalitativ ansats. Kvale & Brinkmann (2009) menar samtidigt att det finns olika typer av generaliserbarhet. *Analytisk generalisering* (ibid.) innebär att generaliseringsanspråk kommer som följd av att vi i materialet funnit likheter och skillnader, som kan ge vägledning för vad som kan komma att hända i framtida liknande situationer. I och med att tre olika team inom vuxenpsykiatri undersökts argumenterar vi för att, utifrån de likheter och olikheter som framkommit, generalisering av resultaten kan ske till team som utgår från liknande förutsättningar. För att styrka argumentet menar vi att likheterna mellan resultatet och tidigare forskning även pekar på generaliserbarhet för materialet.

Begreppet *reliabilitet* (Kvale & Brinkmann 2009) innebär i vilken utsträckning undersökningen kan upprepas av andra forskare vid annan tidpunkt. Bryman (2011) menar att i kvalitativa intervjuer är det i princip omöjligt att återskapa en intervjusituation då den, i uppsatsens fall, bygger på ett samspel mellan tre personer i en viss kontext. I och med att undersökningen grundar sig i en semistrukturerad intervjuform har materialet i intervjuerna producerats som en följd av ett flexibelt samspel mellan intervjuare och respondent. Det innebär att materialet i vissa intervjuer tillkommit som resultat av följdfrågor vilket utifrån metoden inte kunde förväntas. Att intervjuerna skett på respondenternas arbetsplats kan också påverkat i vilken utsträckning de upplevde sig fria att svara. För att öka reliabiliteten (ibid.) har båda forskare agerat huvudintervjuare, vilket

skulle tydliggöra om den enskildas intervjuteknik eller dynamik med respondenten påverkat vilka svar de ger, något vi inte upplevde. Då bearbetnings- och analysprocessen inledningsvis skett separat och därefter har slutsatser sammanställts gemensamt, anser vi att reliabiliteten har ökat då resultatet utgått från att två personer har tolkat materialet på ett likvärdigt vis. Som följd av att vi, efter gemensam sammanställning, enskilt bearbetade valda delar finns risken för att vi missat alternativt begränsat empirin i ett tidigt stadium. Med uppsatsens tidsbegränsning som argument fördelades hälften av materialet per person för att sammanställa analysen. Det innebär att analysen bygger på inledande gemensam diskussion kring materialet och därefter på hur den som svarade för respektive del ytterligare tolkade materialet. En styrka i materialet är likheterna i analyserna vilket talar för reliabilitet i metoden i och med att båda tolkade materialet på likvärdigt vis (Kvale & Brinkmann 2009). Hade däremot båda analyserat hela materialet och därefter gjort en ny gemensam sammanställning hade reliabiliteten i studien möjligtvis ökat ytterligare.

Validitet (Kvale & Brinkmann 2009) syftar på om undersökningen faktiskt undersöker det den syftar till. Kvale & Brinkmann (ibid.) menar att forskaren ständigt måste förhålla sig kritisk till sitt material och alltid reflektera över om det överensstämmer med uppsatsens syfte. Om vi inledningsvis ser till studiens syfte och frågeställningar går det att resonera kring hur formuleringarna påverkat resultatet. I och med att det är kvalitativa intervjuer har upplevelsebetonade formuleringar valts vilket haft betydelse för undersökningens validitet (Kvale & Brinkmann 2009). I och med att respondenternas upplevelser undersökts har vi inte försökt att presentera definitiva sanningar utan istället öka förståelsen. En aspekt gällande validitet är forskarens roll och påverkan på materialet. Redan vid syftets formulering har en stig skapats som med hjälp av specifika frågeställningar leder mot att ett visst resultat kommer att presenteras. Samtliga avsnitt i uppsatsen speglas sedan av de val som skett och metod för att bearbeta materialet. För att vår roll i materialet ska bli tydlig har vi i metoddelen försökt skapa transparens. Gällande transparensen har vår handledare haft en viktig roll då han granskat och bedömt hur väl en objektiv annan förstår vägen till resultatet och om det överensstämmer med syftet.

5. RESULTAT OCH ANALYS

Resultat och analys presenteras i avsnitt kopplade till studiens tre olika team, [A, B, C]. De namnges, i avsnitten, utifrån vilken ledningsform som representerar teamets arbetsmetod. Vi menar att strukturen bidrar till att göra empirin överskådlig och lämpar sig för jämförelser inom materialet. I resultatet har vi valt

att presentera respondenterna utifrån fingerade namn och deras profession förkortat till: kurator (K), läkare (L) och psykolog (P).

5.1 [A] Formaliserade teamet

En av teamformerna som framkommer i vårt resultat är det formaliserade teamet som en modell av interprofessionell teamform. Teamets ledning består, i denna form, av en formaliserad teamledare som förmedlar ett gemensamt tydligt syfte med arbetet. Respondenterna i teamet lyfter samtliga fram vikten av tydliga ramar och struktur för ett fungerande teamarbete. Stina (P) belyser i följande citat hur metoden ställer krav på att samtliga deltagare har skapat en gemensam syn på teamets syfte:

“Det är nog att kunna förmedla den gemensamma arbetsuppgiften på ett tillräckligt tydligt sätt. Och är det tillräckligt tydligt så fungerar ju ramen, så tror jag. Det är liksom att säga att vi sitter här för att göra det här jobbet, och att få med alla på en förståelse av det, jag menar alla som sitter runt teamarbetet förstår vad handlar teamet om, vad går det ut på, vad är syftet med det och innehållet i det.”

Vi tolkar att den tydliga strukturen som respondenterna upplever att teamarbetet genomförs i, förmedlar en trygghet till respondenterna gällande teamets syfte. Det tydliga syftet uppfattar vi som en symbol för att respondenterna vet vad som förväntas av dem i teammötet och att de är införstådda i vad som krävs för att få teamarbetet att fungera.

Förutom respondenternas syn på syftets betydelse för teamet framkommer även en gemensam bild av teammodellens syfte i relation till patienterna. Respondenterna anser att teammodellen möjliggör för patienter att bli belysta från de olika professionernas perspektiv. Det framkommer från respondenterna att teammötena ses som en plats där samtliga professioner får möjlighet att ge sin syn på patienten och dess problematik. Anton (L) beskriver i följande citat vilka möjligheter han ser utifrån att arbeta enligt denna form: *“Det är därför man har team, därför att alla patienter ska ha rätt att bli belysta från alla områdena, det var grundtanken. Så även om du bara träffar en läkare eller en kurator eller en psykolog ska ditt ärende belysas från alla, så man inte missar något, så man får en bra bild.”*

Vi uppfattar respondenterna som att de har en samstämmig bild av hur teamarbetet ska komma till godo för patienterna. Vi tolkar utifrån resultatet att detta kommer som följd av att det förväntas av att respondenterna att bidra till att uppfylla syftet. Genom att teammedlemmarna förväntas diskutera och skapa en samsyn kring patienten uppfattar vi det som att respondenterna själva blir säkra

kring teamformen som fungerande arbetssätt. Med samsyn kring patienten som fokus kan vi genom att jämföra med Kvarnströms (2007) slutsatser tolka att teamet arbetar mot att försöka utnyttja teamarbetets fulla potential.

5.1.1 Bakgrund

I det formaliserade teamet var två av respondenterna relativt nya på arbetsplatsen medan psykologen i teamet hade varit där i en längre period. I citatet *“Alltså haft det som arbetsuppgift kan man säga, så jag har suttit i team minst en gång i veckan sen -99.”* beskriver Stina (P) hur teamarbete varit en grundläggande form av arbete inom hälso- och sjukvården under en lång period vilket genererat erfarenhet hos henne. Även från de andra respondenterna framkommer det att de innehar många års erfarenhet av teamarbete. Ytterligare ett område som är gemensamt för respondenterna är omfattande utbildning inom terapi. Förutom psykologen finns även terapiutbildningar hos kuratorn och läkaren i teamet. Anton (L) ger en tydlig bild av sitt kunskapsområde i följande citat *“Jag är specialistutbildad psykiater, så har jag också terapiutbildning, påbyggnadsutbildning i familjeterapi, konsultarbete, i kris och trauma, i ungdomar och sen har jag jobbat riktat mot psykoser, psykospatienter och unga vuxna, ungdomar alltså, och missbruk.”*

Att psykologen, kuratorn och läkaren samtliga har utbildning inom terapi tolkar vi som en möjlig bidragande faktor till att samsyn skapas inom teamet. Utifrån begreppet *att se problem från andras perspektiv* (Thylefors 2007) tolkar vi det som att de olika professionernas gemensamma intresse för terapi möjliggör för dem att förstå och respektera varandras unika kompetens. Som följd av detta tyder vi att den begränsade tid de två respondenterna varit på arbetsplatsen inte begränsar teamarbetet, utan deras kompetens ses som nödvändig redan från början.

5.1.2 Ansvarsområde

I teamet har läkaren två tydliga ansvarsområden. Det ena är att genomföra den medicinska utredningen och det andra är ett övergripande ansvar som ansvarig för alla patienter och deras behandling. Även psykologen och kuratorn i teamet beskriver läkarens ansvar som tydligt och ser det som ofrånkomligt utifrån att läkaren ses som ansvarig för patienternas vård. I intervjun lyfter läkaren ansvaret som en faktor som både kan ge positiva och negativa konsekvenser. Utöver den frihet som tillkommer, av att ha ett övergripande ansvar över patientvården, lyfter läkaren även risken för isolering som en följd av att ensam i teamet stå ansvarig för patientens behandling och dess konsekvenser. Anton (L) fördjupar sitt resonemang kring vilka möjligheter och begränsningar hans övergripande ansvar medför i följande citat:

"Ansvaret faller på vederbörande överläkare, det kan va en begränsning därför att, om ponera att jag inte tycker att det här var jättebra, då har jag alltid slutordet, då kan jag använda en makt, det är en begränsning. Det är en möjlighet för mig, men det är en begränsning, också, ja det är en begränsning för dom som arbetar i teamet att veta att det är så. För formellt, förutom just det här teamet ska belysa en patient, att någon har rätt att bli belyst ur olika delar, är det också en ansvarsfråga, att när man beskriver, tar upp en patient på team, så blir ansvaret väldigt mycket mitt om det beslut man fattar. Oavsett om jag träffar patienten eller inte."

Utifrån att respondenterna framställde en likartad bild av läkarens ansvarsområde tolkar vi det som att läkarens position i teamet är väl definierat med ett tydligt ansvar för den medicinska utredningen. Samtidigt tillkommer det även ett övergripande formellt ansvar som både ger läkaren en större frihet men också skapar begränsningar. Utifrån vår teoretiska ram kring interprofessionella team (Thylefors 2007) ska varje teammedlem företräda sitt specialistområde och sedan med hjälp av samordning ska arbetet fortskrida. Det övergripande ansvar som läkaren innehar försvårar möjligheten för det interprofessionella teamarbetet att fungera då läkaren har möjlighet att förbise andra professioners specialistkunskap. Utifrån citatet ovan tolkar vi det som att det ställer höga krav på läkaren i denna teamform för att avstå från den maktposition som han befinner sig i och på så vis låta de andra deltagarna i teamet att företräda sitt specialistområde.

Även om samtliga respondenter i teamet upplever att läkarens ansvarsroll i teamet är problematisk anser både Anton (L) och Stina (P) att ansvaret för att skapa ett fungerande teamarbete inte ligger hos läkaren. Båda respondenterna beskriver att teamformen de arbetar i kräver att samtliga deltagare går in och tar ansvar för sitt område, vilket leder till att läkaren slipper ges det fulla ansvaret. Stina beskriver i följande citat hur hon upplever att teamformen annars riskerar att sammanfalla: *"Så där tror jag, det finns nog ett antal försök till att jobba i team som istället blir liksom läkaren sitter och styr och talar om och ger direktiv, men det vill jag inte lägga ansvaret på läkarna."*

Utifrån beslutsteorin och begreppet *fritt val* (Brunsson 1998) tolkar vi att läkarens ansvar handlar om att denne måste välja på insatser och därför får ansvaret för valet som tas. Däremot har även de andra deltagarna i teamet möjlighet att påverka vilka beslut som fattas, och beroende på hur aktivt de försöker att inverka desto större ansvar delar de med läkarna för teamens beslut. Alternativt uppfattar vi risken som framkommer, för att läkaren styr, som en följd av att andra professioner väljer att inte påverka besluten i samma omfattning som respondenterna anser att de borde. Om vi jämför med Liffs (2011) slutsatser kring

kollektivt ansvar tolkar vi det som att våra respondenter anser att samtliga professioner måste ta sitt ansvar, gällande sin del i patientvården, vilket i sin tur minskar ansvarsbördan för läkaren.

Precis som läkaren har även psykologen ett tydligt definierat ansvarsområde, enligt respondenterna inom det formaliserade teamet. Huvudområdet som Stina (P) beskriver är att förstå människors inre värld med hjälp av samtal med terapeutisk inriktning. Respondenterna tillägger att även genomförandet av neuropsykiatriska undersökningar ingår i psykologens ansvarsområde. Kuratorns och läkarens beskrivning av psykologens ansvarsområde överensstämmer med den beskrivning som Stina (P) själv ger. När det gäller kuratorn är det en bred bild i form av den sociala världen som läkaren och psykologen beskriver som kuratorns ansvarsområde. I följande citat när Petra (K) själv beskriver sitt ansvarsområde framstår det som väldigt brett: *“som kurator har man ju alla bitarna, så det är ju lätt att switcha också, men jag menar det blir ju att man blir en liten allt i allo.”*. När hon, i intervjun, diskuterar ansvarsområde framkommer möjligheten att ha i princip oändliga uppgifter att arbeta med och ta sig an. Det framkommer en för Petra (K) viktig händelse som hon upplever möjliggjorde för henne att begränsa och definiera sitt ansvarsområde. I samband med hennes anställning hade teamet en heldag där samtliga deltagare i teamet deltog och diskuterade vilka specialintressen och vilken specialkompetens som varje teammedlem innehade. I följande citat lyfter Petra vilka (K) möjligheter hon upplever att detta tillför det interprofessionella teamarbetet: *“För jag tror det hänger ihop mycket med att det du tycker är roligt det blir man ju bra på också, att det är lustfyllt, och det är ju viktigt att vi har den här lusten.”*.

En faktor i den interprofessionella teamformen är att den kräver att medlemmarna på ett *verksamt sätt kan samordna sina insatser* (Thylefors 2007). I jämförelse med psykologen och läkaren uppfattar vi det som att kuratorns ansvarsområde är betydligt bredare, där risken för att drunkna i arbetsuppgifter är överhängande om inte ansvarsområdet begränsas till något överkomligt. I relation till teamformens krav är det, enligt oss, nödvändigt för att på ett verksamt sätt kunna samordna insatser, att kuratorn arbetar med ett mindre ansvarsområde än det som hon upplever sig ha ursprungligen. Genom att ha en dag där teammedlemmarna får möjlighet att diskutera och identifiera specialkompetens inom teamet, tolkar vi det som att de både möjliggör att utnyttja samtliga resurser i teamet. Men också att definiera ansvarsområden vilket skapar förutsättningar för god samordning.

En aspekt som samtliga respondenter diskuterar när det gäller ansvarsområde är vikten av att vara säker i sin yrkesroll. I och med att alla professioner representerar olika perspektiv leder det, enligt respondenterna, till diskussioner kring olika aspekter av patientens vård. För att kunna tillföra något konstruktivt i

teamarbetet uttrycker exempelvis Anton (L) att oavsett om man är läkare, socionom eller psykolog måste man ta plats i teamet och veta vad man skall tillföra diskussionerna. Genom att tillföra sin egen person och yrkeskunskap i diskussioner kring patienter möjliggör det för en djupare belysning av patientens problematik vilket Stina (P) tydligt uttrycker i citatet nedan:

”Ja det har vi väl varje vecka, ganska kraftfulla och livfulla och diskussioner såhär om ‘vem som gör vad’ och ‘vad menar du med de’ och ‘hur kom du fram till det’, nej men jag tror det är det som det mycket handlar om att man också får vara trygg i sin profession så att man, jag menar vi kan ju sitta och tjöta om allt möjligt privat och ha trevligt ihop, men där när vi sitter i team kan vi nog ryka ihop och tycka liksom, vems förklaringsmodell ska va störst, och då får man bara ösa på”

Den interprofessionella teamformen innefattar en *väl fungerande dialog* vilket möjliggör att diskussion och motsättningar ges utrymme. I jämförelse med slutsatserna i Blomqvists (2009) studie tolkar vi respondenternas säkerhet i sina yrkesroller som grundläggande för att skapa förutsättningarna för teamformen. Genom att ha tydliga ansvarsområden samt förväntningar, att inom teamet representera sitt yrkesperspektiv, uttyder vi det som att strukturen som diskussionerna sker inom möjliggör en *väl fungerande dialog* (Thylefors 2007). Som Stina målar upp i sitt citat innebär en *väl fungerande dialog* inte att teammedlemmarna är överens i alla frågor utan istället uppfattar vi det som en nödvändighet att motsättningar och olika perspektiv kolliderar i diskussionerna. Genom att utrymme finns för dessa kollisioner blir patientens olika behovsområde belysta på ett fördjupat vis inom teamstrukturen.

Respondenterna beskriver att det finns tydliga riktlinjer inom teamet för hur de skall arbeta som innebär att varje yrkesgrupp representerar sitt perspektiv. De beskriver vidare möjligheterna som de upplever följer av teamformen och en struktur, där varje yrkesperspektiv belyser patienter, och de gemensamt kommer till en samsyn kring hur patientens vård ska fortlöpa. Både Petra (K) och Stina (P) anser att teamformen möjliggör för en bättre patientvård även i de enskilda mötena med patienten. Respondenterna beskriver hur de efter att ha använt sig av teamet för att diskutera patientproblematik kunnat ta med sig tankar och kunskap från de andra professionerna, och på så vis kunnat driva processen med patienten vidare. Samtliga respondenter i teamet uttrycker även att de kan känna sig trygga i sin behandling då de vet att andra professioner får möjlighet att granska och ge input på den under teammötena. Som en följd av att kontinuerliga diskussioner och kunskapsutbyte sker inom teamet möjliggörs även en större flexibilitet vilket Anton (L) belyser i citatet: “Då kan det va så att även om detta skulle varit en

kuratorsuppgift, läkaruppgift, psykologuppgift, kan man växla för att den personliga erfarenheten, det personliga kunnandet är större inom det området.”

Blomqvist (2009) kommer till slutsatsen att olika yrkesgrupper förespråkar olika insatser för att möta patientens behov. I relation till detta tolkar vi det formaliserade teamets struktur som ett alternativ för att använda dessa olika perspektiv med resultat att *summan ska bli mer än de enskilda delarna* (Larsen 2003). Den interprofessionella teamformen kräver att teammedlemmarna arbetar tillsammans och på så vis är det möjligt att skapa en bättre patientvård. Genom att respondenterna upplever att de både kan använda sig av teamet men också att teamet granskar hur patientvården sker uppfattar vi det som att patienten får ut mer från varje teammedlem än de skulle om vården skedde i enskild regi. Den flexibilitet som läkaren beskriver tolkar vi även som kvalitativt bättre för patientvården, då det möjliggör för patienten att komma i kontakt med den teammedlem med bäst kompetens för att möta patientens behov. För att kunna möjliggöra denna flexibilitet krävs dock en tydlig struktur, i detta fall i form av riktlinjer, som leder till att samtliga perspektiv är representerade.

Respondenterna diskuterar även vilka begränsningar som följer av den formaliserade teamformen de arbetar med. Samtliga respondenter belyser en faktor som direkt avgörande för att teamformen ska vara genomförbar, vilket är tid. För att kunna genomföra denna form av teamarbete behövs regelbundna möten i över två timmar varje vecka. De beskriver hur nedskärningar inom verksamheten lett till att de har ett större ansvarsområde och ska hinna med mer med mindre resurser. Det framkommer dock från respondenterna att de upplever att teamformen i sig kan vara tidsbesparande då den leder till ett gemensamt ansvar och på så vis även, enligt dem, effektiviserar patientvården.

I den interprofessionella teamformen behövs det *rikligt med kommunikation* (Thylefors 2007) mellan teamets medlemmar, vilket i relation till respondenternas upplevelse kräver tid. Vi tolkar respondenternas bild av brist på tid som en följd av att de eftersträvar *rikligt med kommunikation* i teamstrukturen. Då de ställer krav på att samtliga teammedlemmar aktivt ska representera sina perspektiv, och få tid och utrymme att framföra sina åsikter, leder detta till ett stort tidsbehov i samband med teammötena. Utifrån samverkansbegreppet *tid* (Thylefors 2007) uttyder vi det formaliserade teamets strävan mot tydlig mötesstruktur som en nödvändig förutsättning för att genomföra den interprofessionella teamformen.

5.1.3 Ledarskap

I det formaliserade teamet finns det en formell ledare i form av enhetschefen vilket samtliga respondenter är eniga kring. Respondenterna beskriver att ledaren har ett ansvar för att teamet fungerar som det möte det är. Uppgifter som ingår i

detta är att leda och hålla i tidsaspekter, fördela ordet, begränsa om någon far iväg, hålla i dagordningen och i ramarna för diskussionen. Vid beslut upplever respondenterna att ledaren har ett ansvar att driva professionerna till gemensamma beslut kring patientvården. Respondenterna beskriver ledarens roll som tydlig och nödvändig för en fungerande teamstruktur. De beskriver hur en tydlig ledarroll hjälper till att skapa struktur i teammötena då de förstår vad som förväntas av dem. I följande citat beskriver Stina (P) hur ledarrollen även kan skifta om enhetschefen är frånvarande:

"Vanligtvis när enhetschefen är här det hon som håller i det, annars är det delegerat till kollegan, sjuksköterskan för närvarande just nu. Jag menar detta är ju någonting, om ingen av dom är där, har jag haft det någon gång, den andra psykologkollegan har haft det. Det är någonting självklart och en väldigt tydlig funktion för oss, och väldigt nödvändig"

Enhetschefen i det formaliserade teamet har en ledarroll som vi uppfattar inte handlar om att kontrollera utan istället att uppehålla struktur för att i möjliggöra för teamet att nå sitt mål. Om vi jämför med den teoretiska ramen för den interprofessionella teamformen tolkar vi det som att enhetschefen får en roll som *lagledare* istället för chef och kan på så vis hjälpa teamet att hålla en tydlig målsättning i sitt arbete. Om vi jämför med ledarskapsbegreppet *dubbla roller* (Axelsson & Axelsson 2009) uttyder vi det som en fördel för ledaren i teamet att ha ett enskilt ansvar och kan koncentrera sig på att hålla i strukturen, utan att behöva oroa sig för att bevaka ett eget intresse. Att ledarrollens ansvar är tydligt definierat inom teamet tolkar vi är orsaken till att det inte blir några svårigheter att skifta ledare om enhetschefen är frånvarande. Då samtliga medlemmar i teamet är medvetna om vad som ingår i ledarrollen uppfattar vi det som att ledarskapet kan skifta utan att strukturen i teamarbetet fallerar.

Som respondenterna tidigare nämnt påverkas läkarens position i teammötet då denne har övergripande ansvar för patienten. Petra (K) beskriver att ansvaret i teamet blir fördelat på enhetschefen och läkaren. Enhetschefens ansvar är teamet som arbetsform medan respondenterna beskriver hur läkarens ansvar blir att i teammötet representera ett övergripande perspektiv på patientens vård. För att samtliga perspektiv ska få möjlighet att belysa patienten, vilket i sin tur leder till att läkaren kan få en omfattande övergripande bild, ställer det krav på att enhetschefen ser till att samtliga professioner får möjlighet att uttala sig kring patienten. Respondenterna ser möjligheter med att ansvaret för teamet och patienten fördelas mellan enhetschefen och läkaren. Då det i diskussioner kring patienter kan lyftas frågor som handlar om hur de i teamet arbetar med patienten, där enhetschefen och läkaren kan representera olika perspektiv. Enhetschefen som

representerar verksamheten och personalgruppen medan läkaren ansvarar för patientens vård vilket fördjupas av Anton (L) i följande citat:

"Möjligheten är ju att, eller skyldigheten, är ju att jag ska bevaka patienternas intresse, jag kan driva frågor utan att ta hänsyn till personal och personalkostnader. Jag kan säga att medicinskt ska, tycker jag, kan det här va bättre, har jag en skyldighet att driva den här frågan."

I det interprofessionella teamet är det *kollektiva målet* (Thylefors 2007) grundstenen i arbetet vilket vi tolkar att det formaliserade teamet arbetar mot, genom att ha en tydlig fördelning mellan teamledare och patientansvarig. Enhetschefen blir en motkraft till läkaren med sitt patientansvar, eftersom läkaren inte förväntas att vara den som driver teamarbetet framåt, utan endast ska driva relevanta medicinska frågor i diskussionerna. Blomqvist (2009) belyser i sin studie att det medicinska dominerar diskussionerna gällande insatser under teammötet, vilket vi uttyder att risken minskar för, då enhetschefen i och med teamledarskapet ansvarar för att samla in en omfattande bild av patientens behov. I jämförelse med Hansson et. als (2008) studie uppfattar vi det som att läkaren i det formaliserade teamet därför inte upplever att den behöver ha ett övergripande ansvar för teamarbetet. Istället upplever han en lättnad i att kunna driva medicinska frågor utan att behöva reflektera över personalfrågor inom teamet. Som resultat av tydlig ansvarsfördelning tolkar vi att patientvården blir teamets fokus.

Samtidigt som strukturen enligt respondenterna möjliggör för en god samverkan med ett tydligt ledarskap lyfter respondenterna läkarens särställning i teamet. Respondenterna beskriver att strukturen möjliggör för god samverkan men att det är upp till den enskilde läkaren om den vill använda sig av teamet till fullo eller om den vill ta beslut utanför teamets struktur. Petra (K) beskriver att läkaren inte står ansvarig under enhetschefen i sina beslut utan istället har en egen chef som följd av hälso- och sjukvårdens hierarki, vilket leder till att ledaren saknar mandat att tvinga läkaren till att använda sig av teamet. En läkare kan därför ta beslut om patientens vård utan att använda teamet vilket kan leda till att teamets funktion går till spillo oavsett dess struktur.

Vi tolkar läkarens position i hierarkin som en påverkande faktor för den interprofessionella teamformen. I och med att teamformen bygger på att samtliga deltagare får utrymme att belysa patienten, och de med hjälp av samverkan ska nå beslut, blir läkarens maktposition ett hinder för att uppnå målet. Utifrån begreppet *formell auktoritet* (Hatch & Cunliffe 2006) får läkaren en större makt tack vare att den är högre i hierarkin än övriga teammedlemmar och även dess ledare. Som följd av att läkaren innehar makten över om patientbesluten ska gå via teamet eller

om hen tar beslutet själv, uttyder vi det som att läkarens inställning till teamarbete blir direkt avgörande för att det interprofessionella teamet fungerar som arbetsform eller inte.

5.1.4 Patienters behov

I teamet finns tydliga riktlinjer för hur patienters behov ska uppmärksammas. Samtliga respondenter beskriver hur den som träffar patienten vid första besöket ansvarar för att samla in information kring samtliga perspektiv, som är av intresse för deltagarna i teamet. Det framkommer att det inte är definierat vem som ansvarar för nybesök utan att det är vid teammöten som fördelningen sker, till den person i teamet som anses bäst lämpad för att fånga in patientens behov. Stina (P) beskriver hur de på teammötena går igenom nya patienter och försöker läsa ur remissen om det är någon yrkesgrupp som är bättre lämpad för att sköta besöket. Stina (P) beskriver dock i följande citat hur fördelningen sker: *“Eller om det mer är en bred fråga, som det väldigt ofta är, så tar ju var och en, eller vem som, den.”* För att inte missa något område, då olika personer sköter nybesöken, framkommer det att respondenterna gemensamt har varit med och skapat en nybesöksmall. Samtliga medlemmar i teamet har då fått möjlighet att ta med de frågor som de ansett relevanta utifrån sitt yrkesperspektiv. Efter första besöket ansvarar personen som träffat patienten för att återföra informationen till teamet, respondenterna berättar att de utifrån beskrivningen av patientens situation därefter bestämmer vilka yrkesgrupper som av relevans att kopplas in.

Den interprofessionella teamformen kräver samordning vilket kommer som följd av att *medlemmarna tar varandras bidrag i beaktande* (Thylefors 2007). Vi uppfattar att de riktlinjer och den struktur som teamet använder sig av, när de uppmärksammar patientens behov, i princip tvingar dess medlemmar att ta de andras bidrag i beaktande. I och med att samtliga medlemmar förväntas stå ansvariga för att samla in och återföra information till teamet, gällande patienter, tolkar vi det som att det blir en omöjlighet för teammedlemmarna att inte delta i teamarbetet. Genom att ha utarbetat en gemensam mall för hur nybesöken ska genomföras tolkar vi det som att respondenterna upplever att deras yrkesperspektiv blir uppmärksammat vid varje ny patient. Teammedlemmarna blir helt beroende av varandra för att kunna genomföra sitt eget arbete då de annars inte får tillgång till patienter.

Möjligheterna som respondenterna upplever utifrån teamformens sätt att uppmärksamma patienternas behov, anser samtliga, är att det möjliggör för en djupgående genomlysning. De uttrycker även att det ger en god möjlighet att identifiera och erbjuda rätt hjälp och rätt insatser till patienterna. En begränsning gällande metoden, som kuratorn i teamet uppmärksammar, är att bristen på resurser försvårar arbetet, i och med att risken finns för att medlemmarna i teamet

inte orkar fördjupa sig i varje enskild patient till samma grad då de upplever att de inte räcker till. Respondenterna i teamet beskriver även hur intresset för vissa diagnoser inom både verksamhet och i samhället påverkar vilka behov som uppmärksammas. Anton (L) beskriver hur den ökade kunskapen kring neuropsykiatriska diagnoser har lett till ökat tryck på att uppmärksamma och undersöka den typen av diagnoser. Stina (P) utvecklar hur hon upplever att det påverkar teamarbetet i följande citat:

"I dagens psykiatri de här sista åren, man drar ner på allting och slimmar organisationen, och det finns en extrem förkärlek för det här med massa bokstäver och neuropsykiatri. Så tar det väl lite för stor plats, för då blir det ju mer medicinska frågor och neuropsykiatri frågor som tyvärr, jag tror inte någon av oss gillar det, men det tar mer och mer utrymme för oss, jag menar sådan här yttre påverkan."

Som följd av formen tolkar vi att det skapar goda förutsättningar för medlemmarna att samspela och samordna sina insatser (Thylefors 2007). Att patienten får sina behov belysta från samtliga perspektiv och att de insatser som sätts in ska vara ett resultat av en gemensam dialog uppfattar vi som samstämmigt med den interprofessionella teamformen. Samtidigt ställer teamformen, precis som respondenterna nämner, höga krav på att varje medlem ansvarar för att belysa varje patient till det yttersta i från sitt specifika perspektiv. Det som påverkar eller hotar medlemmarnas möjlighet att uppmärksamma patienternas behov till fullo uttyder vi är yttre faktorer. Då strukturen inom teamet möjliggör för att behoven blir uppmärksammade är det brist på resurser, eller önskemål om att vissa områden fokuseras, som kan påverka. Utifrån begreppet *intresse-makt* (Petersson 1987) tolkar vi att verksamheten utifrån sina resurser och de påtryckningar som kommer från samhället förmedlar önskemål om att teamen ska arbeta med vissa diagnoser och viss typ av behandlingar, vilket tvingar teamet att fördela sina resurser på ett visst sätt (Petersson 1987).

5.2 [B] Demokratiska teamet

En modell av den multiprofessionella teamformen som framkommer i materialet är det demokratiska teamet. Teamets ledning grundar sig i respondenternas syn på varje teammedlems enskilda ansvar. Respondenterna i teamet beskriver hur varje profession ansvarar för sina arbetsuppgifter och teamet används som en mötesplats för att sammanställa patientarbetet till en helhet. Respondenterna är samtliga överens om att teamet inte har någon formell ledare, samtidigt som de lyfter fram läkaren som informell ledare då den ansvarar för att sammanställningen genomförs på ett adekvat vis. Paula (L) upplever själv inte att teamet har någon teamledare utan att samtliga professioner bidrar med sin del.

Hon beskriver i följande citat sin syn på teamets syfte vilket belyser den demokratiska teammodellens utgångspunkt *“Det är ju bättre att man kan sitt och så lite om de andra, och så sköter var och en sina uppgifter. Det är väl det som är vitsen med teamet, annars hade man ju bara kunna haft en kurator eller doktor.”*. Det framkommer att som följd av teamformen upplever respondenterna att de har få motsättningar och ofta är överens kring beslut som sker.

Att teamet arbetar utifrån tydligt definierade ansvarsområden, där var och en ansvarar för sin uppgift, uppfattar vi som grundläggande för att teammodellen ska vara möjlig. I jämförelse med den teoretiska ramen kring multiprofessionella team (Thylefors 2007) tolkar vi att de arbetar utifrån denna form i och med att teamets syfte ligger i att lösa uppgiften snarare än hur den ska lösas. Teammötena blir ett tillfälle för att utnyttja varje medlems *specialkompetens oberoende av de andra* i teamet, då arbetet sker utanför teamet och mötet blir en samlingspunkt för att sammanfoga och förmedla information. I jämförelse med den multiprofessionella teamformen har det demokratiska teamet, i avseende ledarskap, ett mindre traditionellt chefskap. Läkaren uttyder vi har ledarskapsuppgiften i form av att sammanställa arbetet till en helhet men i övrigt har medlemmarna ett övergripande ansvar för sina enskilda uppgifter. Som följd av att medlemmarna är oberoende av varandra tolkar vi det som att områden där *motsättningar* kan uppstå begränsas (Thylefors 2007). När det inte finns motsättningar eller behov av omfattande ledarskapsinsatser blir läkarens ledarroll på en sådan nivå att respondenterna i princip ser varandra som likvärdiga medlemmar. I jämförelse med Liffs (2011) slutsatser gällande kollektivt riskdelande tolkar vi det som att den demokratiska teammodellen möjliggör för läkaren att lägga större tillit i övriga teammedlemmar och på så vis dela risken för patientvården.

5.2.1 Bakgrund

I det demokratiska teamet finns en gedigen erfarenhet av arbete inom vuxenpsykiatri. Samtliga respondenter berättar att de har arbetat på arbetsplatsen i många år och har arbetat i team under största delen av sina respektive yrkeskarriärer. Respondenterna är positiva till teamarbete som arbetsform och Paula, teamets läkare, berättar att det är just arbete i grupp som hon trivs med och alltid har gjort. Det framkommer att kuratorn är den i teamet som har längst erfarenhet av arbete med den patientgrupp verksamheten riktar sig mot. Läkaren i teamet har lång yrkeserfarenhet som läkare men har även tidigare erfarenhet av arbete som sjuksköterska inom hälso- och sjukvården. I följande citat belyser Paula (L) hur hon upplever att arbetet som sjuksköterska påverkat henne i sin nuvarande yrkesroll:

“Jag tror att jag har lättare att förstå, att varje personalkategori ser med ett stort ansvar, och har liksom sitt

eget liv inom verksamheten så. Jag tänker att om man annars bara har arbetat på ett sätt, kanske man ser den professionen som mer allena eller hur man skall säga. Jag vet ju att här är det flera olika små världar, och alla är vi olika huvudpersoner i våra egna världar.”

Utifrån respondenterna bakgrund uttyder vi två stycken faktorer som kan påverka hur teamet utformats. Som vi diskuterat tidigare gällande läkaren har denne en maktposition som följd av sin plats i hierarkin och i och med *formell auktoritet* (Hatch & Cunliffe 2006). Vi tolkar att kuratorns långa erfarenhet med patientgruppen kan vara en motkraft då den möjliggör en *informell auktoritet* (Skau 2007) vilket kan leda till en jämnare maktbalans inom teamet. Den andra faktorn som kan påverka är Paulas erfarenhet av arbete som sjuksköterska. Utifrån begreppet *att se problem från andras perspektiv* (Lindberg 2009) tolkar vi att erfarenheten som sjuksköterska har möjliggjort för henne att se på teamarbetet, och respektive professions bidrag, utifrån inte bara läkarperspektivet utan också ifrån sjuksköterskeperspektivet. Som följd menar vi att möjligheten finns att hon eftersträvar att använda sig av varje teammedlems unika perspektiv. I ramen för multiprofessionella team ska teamarbete i princip kunna uppnås oavsett vilka teammedlemmar som deltar så länge de har likvärdiga kvalifikationer. Vi uppfattar att dessa två faktorer är aktörsbundna och kan ha påverkat utformningen av den demokratiska teamformen.

5.2.2 Ansvarsområde

Det demokratiska teamets ansvarsområden är enligt samtliga respondenter väl definierade. Läkaren ansvarar för läkemedel, medicinsk utredning och diagnostisering. För diagnostiseringen har även psykologen en tydlig roll vilket enligt Jorge (P) innebär att de genomför neuropsykologiska testningar då det finns misstanke om sådan problematik. Kuratorns ansvarsområde innebär stöd och stöttning till patienter och anhöriga. Orsaken till ansvarsfördelningen i teamet är inte helt klart men Jorge (P) upplever att det handlar om tradition. De har, enligt respondenterna, inte diskuterat ansvarsområdena i teamet utan det framkommer att varje profession var för sig arbetat med att utforma egna arbetsbeskrivningar. Dock upplever Jorge (P) att dessa arbetsbeskrivningar inte förts in i teamen, då verksamheten inte krävt eller godkänt att teamen implementerat dem i arbetet. Möjligheter som Kristoffer (K) upplever utifrån den traditionella ansvarsfördelningen är att han kan utforma sitt arbete utefter vad han bedömer som viktigt. Han anser även att arbetsbeskrivningar riskerar att avgränsa teammedlemmarnas yrkesspecifika kunskap, och då begränsa vilka insatser de kan erbjuda patienten. Konsekvenser och i synnerhet för psykologen, i och med den traditionella ansvarsfördelningen, beskriver Jorge (P) i följande citat: *"Så att på det här stället har psykologerna en smalare roll skulle jag säga, än på en vanlig psykiatrisk mottagning"*.

I jämförelse med den multiprofessionella ramen är tydliga ansvarsområden en del i den teamform som teamet använder. Utifrån respondenterna upplever vi att den tydliga fördelningen leder till att samtliga deltagare i teamet har en klar bild gällande vilka arbetsuppgifter de står ansvariga för. Genom att jämföra med begreppet *prestationsbehov* (Jacobsson & Thorsvik 2008) tolkar vi det som att den traditionella fördelningen av ansvarsområden påverkar teammedlemmarnas upplevelse av att kunna tillfredsställa sina behov inom teamarbetet. Kuratorn har en stor frihet medan psykologen upplever sig begränsad när de beskriver hur de kan påverka utformningen av arbetsuppgifterna. Kuratorn och psykologen står som motpoler gällande upplevelsen av hur deras prestationsbehov kan tillfredsställas. Vi uppfattar att det som följd blir naturligt för psykologen att försöka påverka ansvarsfördelningen. För att psykologen i teamet ska fortsätta att agera uttyder vi det utifrån, begreppet (ibid), som att denne måste få möjlighet att lösa arbetsuppgifterna annorlunda för att tillfredsställa sitt behov.

Teammötet beskriver respondenterna som en plats som är till för att redogöra för sin del av arbetet. Varje teammedlem bär sin del i arbetet och mötet möjliggör för en sammanfogning till en större helhet. På så vis kan att uppgiften på ett resurseffektivt vis genomföras utan att behöva långa diskussioner inom teamet. När teammedlemmarna redogör för sin del i arbetet anser Paula (L) att det även möjliggör för henne att lära sig mer om de andra professionernas områden. Genom att lära sig av de andra professionerna, anser respondenterna, att patientens vård förbättras. I och med att den enskilde teammedlemmens har kunskap inom samtliga områden kan den i mötet med patienten även till viss del representera dessa. En baksida som lyfts upp av en respondent i teamet i samband med teammötets form är risken för att arbetet i teamet blir rutinartat. Respondenten menar att då den bara förväntas redogöra för sin del i patientvården, ökar risken för att bli bekväm och att inte reflektera över om det finns något ytterligare, utanför ansvarsområdet som kan vara patienten till godo. På så vis riskerar teamet att endast uppmärksamma de områden som från början definierats som viktiga, och på så vis kan arbetet med patienten bli kvalitativt sämre som konsekvens.

Vi tolkar att respondenterna upplever teamformen som en fördelaktig metod då den möjliggör för en effektiv vård samt leder till att respondenterna själva utvecklas i sin profession då de lär sig mer om de andras områden. Jämför vi med Toselands (1986) resonemang kring nackdelar med teamarbete uttyder vi dock att detta kunskapsutbyte riskerar att skapa en mer generell kunskapsbas, där samtliga professioner utgår från mer likvärdig förståelse. Som följd minskas utnyttjandet av de enskilda individernas kunskap. Vi uppfattar utifrån resultatet att när respondenterna blir för lika, i sitt sätt att tänka kring patientens vård och hur

vården ska genomföras, riskerar de att bli bekväma. Med bekväma menar vi att teamet inte strävar mot att utnyttja den enskildes problemlösningsförmåga (ibid.), utan medlemmarna förlitar sig på att uppgiften blir löst när de bidrar med sitt ansvarsområde. Toseland (1986) menar att när detta fenomen förekommer i ett team begränsar det teamets förmåga att uppmärksamma bästa möjliga lösningar för patientens behov.

I resultatet blir det återigen tydligt att respondenterna upplever att de står ansvariga för enskilda områden i teamet. Paula (L) anser att teammedlemmarna i hennes team själva står ansvariga för de beslut de tar. Samtidigt problematiserar respondenterna sitt egenansvar i och med att det endast är läkaren som står ansvarig för sina egna beslut. Jorge (P) och Kristoffer (K) beskriver att det känns konstigt att läkaren behöver godkänna deras beslut i frågor som gäller deras ansvarsområden. Även om de i teamen förväntas att representera och redogöra för den vård som de genomför inom sitt ansvarsområde, tillåts de inte stå som ansvariga för den utan det faller, enligt respondenterna, på läkaren.

Vi tolkar att teamets medlemmar ställs inför en problematisk situation, i och med att läkaren anser att medlemmarna tar ansvar för sina egna beslut, inom sina områden. Medan de andra professionerna upplever att de samtidigt måste få läkarens godkännande. Läkaren ställer förväntningar på teammedlemmarna som inte motsvaras av organisationen utan istället skall teammedlemmarna få sina beslut godkända av läkaren. Dessa motstridiga förväntningar gällande i vilken omfattning teammedlemmarna står ansvariga för sina beslut uppfattar vi skapar en rollkonflikt (Jacobsson & Thorsvik 2008) hos kuratorn och psykologen. Eftersom att de förväntas ta och ansvara för beslut, samtidigt som läkaren ska ansvara för besluten inför organisationen, tolkar vi det som att det blir svårt för kuratorn och psykologen att uppfylla sin roll oavsett hur de agerar. Som följd av att de inte uppfyller sin roll till fullo menar vi att risken för förvirring och missnöje ökar.

5.2.3 Ledarskap

Utifrån det demokratiska teamets struktur blir ledarens roll inte lika stor som i andra teamformer då det finns en gemensam vilja att besluta om hur patientens vård ska fortsätta. Eftersom syftet är att besluta kring, och inte diskutera, patientens vård behöver inte teamet inhämta mer information än nödvändigt för att fatta beslut. Det framkommer från respondenterna att varje teammedlem till viss del ansvarar för ledningen av teamet då de själva måste se till att alla får utrymme, att redogöra för sin del under teammötet. Samtidigt är Jorge (P) och Kristoffer (K) tydliga med att det är läkaren som får rollen som teamledare. Paula (L) själv upplever inte att de har preciserat ledarrollen men hon reflekterar samtidigt över om det kan vara så att hon som följd av sin position hamnar i den rollen. Paula (L) beskriver hur läkaren socialiseras in i en ledarroll i och med att de inom sina

arbetsuppgifter förväntas ta mängder av beslut. Hon resonerar vidare i följande citat hur hon tar med sig dessa erfarenheter in i teamarbetet: "Man går ju runt när man är bakjour, man fattar hur många olika beslut varje dag, det går ju inte att vela eller höra efter och diskutera om varje småsak så. Och det blir väl att man blir van vid detta.". Paula (L) berättar vidare att hon som följd av detta har vant sig vid att varje teammedlem får ta ansvar för sin del men att syftet med teamet ligger i att komma fram till beslut. Och om beslut tas förväntar hon sig att de andra professionerna invänder om det finns orsak till detta. Samtidigt framgår det från respondenterna att det finns ett alternativ till läkaren i form av sjuksköterskan i teamet. Kristoffer (K) beskriver hur sjuksköterskan har en samordnande roll eftersom denne har god överblick över patienterna, bokar in läkarbesökstiderna och bistår läkaren i att hålla struktur under teammötena. Samtliga respondenter lyfter sjuksköterskan som ett mer naturligt alternativ för teamets ledning. Jorge (P) tydliggör i följande citat en av orsakerna som han anser ligger bakom att sjuksköterskan inte får rollen som teamets ledare:

"Asså jag tänker, jag kan tänka mig att risken man skulle kunna hamna i om tex. en sjuksköterska är ledare för teamet är det alltid ändå beroende av läkaren, om läkaren inte är där, då blir det inget meningsfullt team, att det är ändå den som sitter med besluten."

I teamet får medlemmarna ta eget ansvar för att säkerställa att teamet bedrivs på ett fungerande vis och tillräckligt med information flödar in i teamet. Samtidigt framkommer det att läkaren har en informell ledarroll men vi tolkar utifrån respondenternas svar att orsaken till detta är svårdefinierad. I och med att det finns ett, enligt respondenterna, mer naturligt alternativ i form av sjuksköterskan anser vi att det borde finnas orsaker till att läkaren trots allt blir ledare. En faktor som är kopplat till teamformens syfte är beslutsvana. I det demokratiska teamet är att uppgiften löses centralt vilket vi uppfattar som en faktor till att den med mest beslutsvana blir ett naturligt val som informell ledare. Utifrån begreppet *stigberoende* (Jacobsson och Thorsvik 2008) menar vi att beslutsvanan kommer som följd av den socialisering som läkaren nämner i resultatet. I och med att läkarna inom organisationen får arbetsuppgifter som ökar erfarenheten inom de områden som meriterar dem till att bli naturliga ledare för teamen skapas ett *stigberoende* (ibid). Med detta menar vi att läkaren utifrån tradition och tidigare beslut inom organisationen vanemässigt formas till att bli teamledare oavsett egen inställning till denna position. En annan faktor som vi tolkar påverkar är sjuksköterskans plats i hierarkin. I och med att läkaren har en större *formell auktoritet* (Hatch & Cunliffe 2006) faller alternativet sjuksköterskan som ledare bort eftersom läkaren trots allt är i maktposition. Ledarrollen blir i så fall endast skenbar hos sjuksköterskan medan läkaren fortfarande har makten i teammötet. Vi uttyder att läkarens *formella auktoritet* i relation med *stigberoendet* skapar en

teamform som är beroende av läkaren oavsett läkaren och de andra medlemmarnas önskan.

När respondenterna diskuterar vad som ingår i ledarens roll lyfts en koordinatorsroll fram i form av att ansvara för struktur i teamet, driva patientvården framåt, utveckla teamarbetet och ansvara för att patienterna får en likvärdig vård inom teamet. Då respondenterna diskuterar ledarskap framgår det att ledarens formella uppgifter i teamet är att hålla strukturen och att se till att beslut fattas. Det framkommer dock att resterande uppgifter inte formellt är fördelade till ledaren för teamet utan Jorge (P) upplever att det är upp till enskilda individer att ta ansvar för exempelvis utvecklingsarbetet. För att patienter ska få likvärdig vård framkommer det från Jorge (P) att de arbetat med att försöka ta fram checklistor för att säkerställa att patienterna får samma vårdkvalitet. Samtidigt beskriver han att ansvaret ligger på ledaren för att säkerställa att dessa följs.

Det har utifrån resultatet framkommit att läkaren har en informell ledarroll, samtidigt uppfattar vi det som, utifrån respondenternas beskrivningar, som att uppgifterna som ingår i denna inte är väl definierade. Eftersom att uppgifterna inte formellt förmedlas till en person uttyder vi det som att risken för att de inte implementeras i arbetet ökar. I jämförelse med begreppet *aktiv ledare* (Thylefors 2007) krävs det, för effektivt teamarbete, att en person formellt får vissa ledarskapsuppgifter oavsett om den utses som formell ledare eller inte. Om inte dessa uppgifter fördelas riskerar teamet att uppleva osäkerhet i arbetet i och med att medlemmarna inte vet vem som ansvarar för dessa uppgifter.

5.2.4 Patienters behov

Respondenterna ser många fördelar med teamarbete och ser på det hela som en sorts kvalitetssäkring eller checkstation, som kuratorn uttrycker det. Psykologen i teamet talar om att arbetssättet medför ett helhetsgrepp över patientens situation, genom att patienten blir belyst utifrån professionernas olika kunskapsområden. Att man i teamet kan täcka av flera behovsområden och gemensamt kommer fram till vad som skall vara bäst för patienterna, ser respondenterna som en fördel jämfört med att arbeta individuellt på var sitt håll. De är även överens om att arbetsmetoden kommer patienten till godo på grund av att misstag i arbetet kan reduceras, med hjälp av samverkan mellan professionerna i teamarbetet. Trots fördelarna med teamarbetet som respondenterna lyfter, finns det synpunkter på hur de uppmärksammar patienternas behov i arbetet och i synnerhet vid nybesök. Kristoffer (K) uttrycker sig följande när han diskuterar förbättringar som kunde ske:

“Jag träffar ju inte alla patienter, och inte ens alla som har fått en diagnos heller. Det som jag önskar och håller på och

tjatar om hela tiden, som en form av kvalitetssäkring, sen vet jag inte om vi mäktar med eller hinner med.”

Vi tolkar att respondenterna ser många fördelar med teamarbete, beroende på att de får ett forum där de kan möta svårigheter i arbetet tillsammans, och gemensamt reflektera kring patientens problematik. Att patienten blir belyst utifrån olika professioner och kan få diversifierade insatser är något som Kvarnström (2007) nämner som en av fördelarna med arbetsformen. Respondenterna beskriver att samverkan mellan professionerna skapar ett helhetsgrepp om patientens situation, det verkar för att patienten behov möts på ett mer effektivt sätt. Respondenterna ger uttryck för att deras specialistkunskap och det gemensamma forumet kommer patienterna till godo, samverkan skapar bättre förutsättningar för att möta patienters behov och mynnar ut i mer omfattande vårdinsatser (Kvarnström 2007). När de beskriver hur de möter patienternas behov uppfattar vi det som en vision om att arbeta mer likt interprofessionell teamform än multiprofessionell. Vi uttyder samtidigt kuratorns upplevelse av att inte få möjlighet att vara delaktig i alla patienters vård inom verksamheten som arbete mer i enlighet med den multiprofessionella teamformen. I och med att läkaren, som nämns i tidigare avsnitt, har en *koordinerande* roll för hur uppgiften löses, bestämmer denne vilka professioner som utnyttjas. Då teamets fokus ligger på att uppgiften löses och inte på hur den blir löst behövs inte alla professioner kopplas in för samtliga patienter (Thylefors 2007). En konsekvens i arbete är att deras perspektiv inte får möjlighet att representeras.

Respondenterna uttrycker att det är sjuksköterskan och läkaren som oftast träffar alla patienter. All information från nybesök kan inte föras in i journalen, vilket leder till att nämnda professioner har mest kunskap om patienterna. För att övriga professioners synsätt skall representeras vid nybesök, följs en så kallad checklista som professionerna delvis varit med och utformat. Genom checklistan avser man att täcka av även de behovsområden som de ej närvarande professionerna ansvarar för. Det framkommer dock bland respondenterna, att det är oklart hur noga checklistan följs och att det kan skilja sig åt i vilka behovsområden som fokuseras. Det kan variera beroende på vem som utför nybesök och patientens problematik menar respondenterna.

I och med att läkaren och sjuksköterskan är de som träffar patienterna vid nybesök, föranleder det en medicinsk inriktning vid nybesök och i teamarbetet. Organisationen har gjort ett försök till *formell struktur* av arbetet vid nybesök tolkar vi det som (Rubenowitz 2004). Genom att strukturera arbetet med en checklista, försöker de tydliggöra vilka mål som skall uppfyllas i verksamheten. Om den inte följs, resulterar det i att de tydliga målen fallerar och effektiviteten minskar. Genom att de andra professionerna inte delges all information från nybesöken blir det än tydligare uppfattar vi, att man inte maximerar resurserna

inom det demokratiska teamet. Genom att ha ett tydligt mål som följs, genom att alternativt följa checklistan och delge professionerna informationen, eller låta även de andra professionerna träffa patienterna, uttyder vi att man skulle kunna öka engagemanget, produktiviteten och arbetstillfredsställelsen i teamet (Rubenowitz 2004). Om man inte är enig om hur nybesök skall genomföras eller har en tydlig struktur för hur de andra professionerna skall delges information, tolkar vi att de lätt kan uppstå en målkonflikt (Jacobsen & Thorsvik 2008). Om det är personal med medicinsk inriktning som nästan uteslutande utför nybesök, och inte följer strukturen med checklistan, kan det lätt uppstå olika uppfattningar om hur de når verksamhetens mål. Något som vi uttyder bekräftas av att respondenterna uppger att förfarandet vid nybesök kan variera beroende på utföraren (Jacobsen & Thorsvik 2008).

5.3 [C] Auktoritära teamet

En annan multiprofessionell teamform som utkristalliseras i vårt material är det auktoritära teamet. I teamet styr läkaren arbetet, enligt alla respondenter, även om ledarrollen inte är formellt delegerad. Respondenterna beskriver att läkaren blir den naturliga ledaren för teamet i och med att han har övergripande ansvar för patienten. Det framkommer bland respondenterna att de olika professionerna har ett eget klart avgränsat ansvarsområde, men att de inte gemensamt kommer fram till vilka insatser som patienten behöver, utan att läkaren i mångt och mycket är den som bestämmer hur arbetet skall gå till väga. Fokus i teamet ligger på att uppgiften skall lösas i form av utredning. Nedanstående citat av Isak (L) belyser hur han ser på sin roll och på teamets arbete, något som också styrks av de andra respondenterna i teamet:

“Vi har ju i princip alltid ansvaret för patienten. Och sen kan många tycka att det blir lite konstigt, men vi upplever ju att om vi har en psykolog så har de ju ett egenansvar, likadant en kurator har ju ett egenansvar men vi har ju totalansvaret för att det skall fungera. Så oftast är det så att vi har ansvaret, alltså huvudansvaret. Sedan har alla enskilt ansvar och vi kan ju delegera massa uppgifter så.”

Arbetet är vad vi menar med en *multiprofessionell* teammodell, där ledaren ansvarar för att sammanfoga de olika bidragen från professionerna till en helhet (Thylefors 2007). Ledaren i teamet *koordinerar* insatserna vilket är vanligt inom den multiprofessionella teamformen (Thylefors 2007). Läkaren som ledare menar vi är i enlighet med att den med högst yrkesmässig rang ofta blir den som leder ett multiprofessionellt team. Det framgår av citatet att psykologen och kuratorn trots allt har ett egenansvar för sin insatser, det tolkar vi överensstämmer väl med det

auktoritära ledarskapet i *multiprofessionell teamform*, där professionerna ändå har en viss bestämmanderätt över det egna arbetet (Thylefors 2007).

5.3.1 Bakgrund

I det auktoritära teamet varierar professionernas erfarenhet och hur länge de har arbetat på arbetsplatsen. Läkare i teamet beskriver i följande citat sin erfarenhet som läkare och med patientgruppen: *“Och jag har ju gått kanske den äldre skolan. Man har gått sin vanliga grundutbildning, och så har man gått något som heter AT. Och sedan så har jag gått sådan här ST-block, specialisttjänstgöring heter det då så man blir psykiatriker efter 4 år. Sen har jag arbetat med vår patientgrupp sedan 1991.”* Mia (P) har arbetat en kortare period än läkaren i teamet men beskriver ändå i citatet *“Jag har ju jobbat med patientgruppen hela tiden och är specialiserad på detta då.”* att hon har god kunskap inom området. Per (K) har få år i yrket och beskriver följande i citatet: *“Det medicinska det är nåt jag måste lära mig från början, det har jag inte med mig, alls, så det där måste jag liksom lära mig väldigt mycket nytt.”*

Orsaker till att läkaren blir den naturliga ledaren menar vi ligger i begreppen *formell auktoritet* (Hatch & Cunliffe 2006) samt *informell auktoritet* (Skau 2007). Läkaren har i det här fallet en lång läkarutbildning bakom sig, och har arbetat länge med patientgruppen samt inom organisationen. Han står även högt upp i hierarkin vilket innebär formell auktoritet. Med sin erfarenhet innehar han hög informell auktoritet inom organisationen, och är en maktfaktor att räkna med. Hans stora kunskap och långa tjänstgöringstid är exempel på faktorer som ger honom formell och informell auktoritet och gör honom till en naturlig ledare för teamet.

5.3.2 Ansvarsområde

I det auktoritära teamet har läkaren tre tydliga ansvarsområden. Han är övergripande medicinskt ansvarig för alla patienter men har även ansvaret för att den medicinska utredningen skall komma till stånd och sammanställas. Förutom de två ansvarsområdena är läkaren också ansvarig för teamarbetet, och står ytterst ansvarig för alla beslut som sker i och med det. Isak (L) beskriver hur hans huvudsakliga arbetsuppgifter går ut på att utesluta och diagnostisera somatisk och psykiatrisk problematik, men även att han blandar sig i och styr de andra professionernas arbetsuppgifter. Det här är något som de andra respondenterna bekräftar. Läkaren är den som dominerar i teamet och även om de själva har ett visst ansvar är det läkaren som har sista ordet. Isak (L) beskriver i följande citat hur han ser på ansvarsfördelning och hur beslut fattas:

“Ja det upplever ju jag att vi måste ta som läkare då. Yttersta ansvaret för den enskildes arbetsuppgifter har den enskilde.”

Men om vi säger, skall vi ta den här patienten eller skall vi inte ta den här patienten. Då blir det oftast att om jag säger nej, så blir det nej.”

Vi anser att det är i enlighet med den *multiprofessionella* teamformen att det den med högst yrkesmässig rang som leder teamarbetet i det auktoritära teamet (Thylefors 2007). Läkaren ser sig själv som ytterst ansvarig, och det faller sig också naturligt för honom att det är han som har leder teamet, och har sista ordet gällande beslut. Det här är också något som Hansson et al. (2008) beskriver i sin studie. Enligt Hansson faller det sig naturligt att läkarna ser sig själva som den naturliga teamledaren, och skall stå för det slutgiltiga ansvaret, något som styrks av vår empiri. Att läkaren ser sig som yttersta beslutsfattare tolkar vi bidrar till att skapa ett *stigberoende* inom teamet (Jacobsson & Thorsvik 2008). Genom att bilden av läkaren som naturlig ledare förmedlas vidare med varje beslut, och med tidigare beslut i bakgrund, skapas en framtida stig med läkaren som fortsatt teamledare.

Kuratorn i teamet anser att hennes ansvarsområde består av att arbeta kring de intrapsykiska och interpersonella perspektiv av patientvård. Läkaren i teamet beskriver kuratorns roll som den som har ansvar för sociala frågor kring patienten. Respondenterna i teamet är överens om att kuratorns uppgift består i att sköta kontakten med myndigheter och att företräda patienten i olika frågor. Vidare beskriver också respondenterna att kuratorn är den som kan lagar och beskrivs som juridiskt kunnig. Trots att kuratorns ansvarsområde framställs som tydligt av respondenterna, finns det ändå en viss osäkerhet från kuratorns sida gällande vad arbetsuppgifterna består av. Per (K) beskriver i följande citat hur han ser på sitt ansvarsområde och arbetsuppgifter:

”Det har jag fått jobba mig fram till lite själv, och det hänger också på mig, att jag.. Det upplever jag också att det mycket upp till mig vad jag ska göra, vad är det jag vill göra här, och det jag vill göra det får jag kanske också lyfta fram och visa då.”

I teamet är ansvarsområdet relativt tydligt definierat mot den sociala aspekten av patienten men de specifika arbetsuppgifterna är något otydligt definierade. Vi tolkar det som att kuratorn måste vara tydlig och visa på vad hans roll i teamet innebär genom att lyfta fram det som han kan. Vårt resonemang bekräftas av Gustafsson & Lannebris (2010) studie, där de kunde visa på att kuratorn upplever att de måste bli tydligare i sin roll i teamarbetet. I och med att kuratorn måste lyfta fram och visa på sin kunskap i teamet ställer det stora krav på teamets samspel, för att få till en fungerande dialog om vad han faktiskt kan bidra med. Om inte kuratorn själv aktivt arbetar för att motivera sin existens riskerar teamet att inte använda sig av kuratorns totala kunskapsbidrag. Det kan leda till en begränsning

och att teamet inte möter patienter på ett likvärdig vis menar Kvarnström (2007). Om kuratorn inte själv definierar sitt bidrag uttyder vi att risken finns för att teamet inte tar till vara på dennes kunskap på ett adekvat sätt, och i förlängningen innebär det att helhetssynen kring patienten går förlorad.

Mia (P) är inne på samma linje som kuratorn. Hon upplever det som tydligt vilket som är hennes ansvarsområde, nämligen att bistå läkaren med neuropsykologiska tester i utredningen av patienter. Att psykologen genomför neuropsykologiska tester nämns genomgående i teamet. Mia (P) har själv definierat egna ansvarsområden utöver dessa för att inte få en alltför ensidig roll i teamarbetet, men uppger att hon har fått kämpa sig till exempelvis samtalsbehandling med patienter. I följande citat talar hon om vikten av att stå upp för sin profession i teamarbetet: *“Om jag skall kunna göra gott för mina patienter, så måste jag ju faktiskt våga ta den striden.”* Hon anser att det är en skyldighet från hennes sida, att hennes röst och kunskapsområde får en plats i teamarbetet, och att patienterna har rätt att bli belysta utifrån hennes professions perspektiv. Hon eftersöker ett större samarbete i utformandet av ansvarsområden, och anser att det inte är poängen med teamarbete att självständigt definiera arbetsuppgifter. Mia (P) beskriver i följande citat hur hon tror att synen på varandras kunskap inom teamet påverkar psykologens initialt smala roll: *“Grejen är att det som är min specifika kunskap, det syns liksom inte. Så är det förmodligen också när jag tittar på hans kunskap. Och om man inte sådär självklart kan greppa den, så måste det finnas någon form av kommunikation, ett samtal.”*

Vi tolkar att psykologen upplever att hon har fått kämpa för att bistå patienterna med andra insatser än bara neuropsykologiska tester. Vi uttyder i likhet med Blomqvist (2009) som menar att utformandet av insatser för patienterna i teamarbete, i första hand ofta utgår ifrån läkarnas perspektiv. Samtalsbehandlingar som psykologen förespråkar är inte något som man kan säga utgår ifrån ett medicinskt perspektiv, och här blir det tydligt att det auktoritära teamets insatser utgår primärt ifrån läkarens synsätt. Att teamet inte använder sig av psykologens sammantagna kunskapsresurs uppfattar vi som en inskränkning i patientvården vilket även framkommer i Kvarnströms (2007) studie. Psykologen i teamet uttrycker att hon måste stå upp för sin profession och våga ta striden för att kunna göra gott för sina patienter. Genom att kämpa för samtalsbehandlingar med patienterna, anser vi att hon borgar för att hennes kunskapsbidrag tas till vara på ett adekvat sätt. Psykologen efterlyser också att teamets medlemmar behöver förstå varandras specifika kunskap. Här anser vi att begreppet *att se problem från andras perspektiv* gör sig gällande (Lindberg 2009). För att professionerna skall förstå varandra och vilken kunskap de kan bidra med, krävs det att deltagarna har en vilja och förmåga att se problem även från de andra deltagarnas sida. Vi tolkar

att de i teamet måste kommunicera med varandra, för att de gemensamt skall upptäcka den kunskap professionerna kan bidra med.

Psykologen och kuratorn efterfrågar båda riktlinjer för teamarbetet vilket hade underlättat deras arbete. Kuratorn menar att det förmodligen finns riktlinjer i avseende ansvarsområden, men uppger att han är osäker kring hur de ser ut eller vad de innebär. Per (K) talar om att han i mångt och mycket har tagit över de ansvarsområden som den tidigare kuratorn har arbetat fram, utefter vad denne uppfattat förväntades ingå i arbetsuppgifterna. Han uppger också att det hade underlättat hans arbetet om han tydligt vet vad som förväntas av honom. Psykologen vittnar om att hon aldrig har stött på några riktlinjer för teamarbete och uppger att de har team en gång i veckan -för att de skall ha det- utan att egentligen veta varför. Mia (P) beskriver i följande citat hur hon ser på riktlinjers betydelse för teamarbete:

”Och det är väl det jag menar, det antyder ju att det inte finns ett fungerande team, som man på ett naturligt sätt får en plats i. Det finns inga teamstrukturer, där jag kan på ett sätt kan hoppa in i en position.”

Här tolkar vi att ovanstående citat går emot den *multiprofessionella formen* som det auktoritära teamet tidigare visat sig tillhöra. Något som kännetecknar multiprofessionell teamform är att teamets medlemmar i princip skall kunna bytas ut, eftersom de har tydlig ansvarsområden, mot andra med likvärdiga kvalifikationer (Thylefors 2007). Vi uppfattar psykologens citat som att det finns en brist i organisationen om vad som förväntas i teamarbetet i stort och av de enskilda professionerna. Vi uttyder det även som att det blir svårt att komma in som ny i teamarbetet och bidra med samma kvalifikationer som den som lämnade. Det här uppfattar vi som en motsats till den multiprofessionella teamtanken (Thylefors 2007). Osäkerheten från kuratorn kring om det fanns några riktlinjer och psykologens tydliga uttalande om avsaknaden av de samma, uttyder vi som en brist i *formell struktur* (Rubenowitz 2004). Vi tolkar att psykologen i sitt citat efterfrågar en teamstruktur som tydligt formulerats, där hon på ett naturligt sätt får en position i arbetet. Med en *formell struktur* i en organisation där man tydligt definierar ansvarsområden samt arbetsuppgifter får de som arbetar i organisationen en tydligt bild av vad som förväntas av dem. Bristen av tydligt beskrivna teamstrukturer uppfattar vi försvårar psykologens arbete i teamet och leder till svårigheter för att byta ut individer och förvänta sig likvärdigt resultat. Riktlinjer uttyder vi hade underlättat kuratorns arbete och lett till att det fanns tydliga förväntningar på honom. I enlighet med begreppet *formell struktur* tolkar vi det som att kuratorns arbetstillfredsställelse och produktivitet kunde ökat om det fanns tydliga strukturer. Genom att definiera ansvarsområden och fördela arbetsuppgifter mer tydligt, tolkar vi det som att teamet skulle kunna komma till

rätta med den avsaknad i arbetstillfredsställelse, som ges uttryck för bland respondenterna (Rubenowitz 2004).

Respondenterna beskriver att läkaren inom sjukvården är den som har en stor del av makten, och att de tror att det är svårt att få till ett välfungerande teamarbete innan maktfördelningen förändras. Läkaren beskriver att även om de andra professionerna ansvarar för sina egna insatser, är det han som har yttersta ansvaret för att sammanfoga professionernas bidrag och skriva patientutlåtande. Läkaren är medveten om den något skeva ansvarsfördelningen men ger som förklaring att det är han som har övergripande ansvar och får stå som ansvarig för vården i förhållande till myndigheter. Isak (L) beskriver i följande citat hur han ser på sitt ansvarsområde och hur det påverkar teamarbetet och patienterna:

“Det finns alltid diskussioner om att man skall ha mer till exempel teamarbete, men man måste väga det emot vad man hinner med. För vi har ju tyvärr fått mer och mer som jag upplever det, administrativa uppgifter. Inte minst tack vare olika system man skall fylla i, och då är det viktigt att man också har tid för patientarbete, och detta är ju ibland ett problem.”

Vi tolkar det som att läkarens övergripande ansvar för patienten har lett till fler arbetsuppgifter. Vi uppfattar att läkarens koordinatorsroll i relation till hans breda ansvarsområde påverkar fördelningen av ansvarsområden i teamet. Vi uttyder att det blir en stor professionell risk för läkaren att helt låta de andra professionerna styra sina arbetsuppgifter och ansvarsområden eftersom han har det yttersta ansvaret (Liff 2011). Det innebär att läkaren med största sannolikhet riskerar att bli något restriktiv gällande att släppa ifrån sig arbetsuppgifter till de andra professionerna. Sammantaget med att läkarens arbetsuppgifter även ökat i och med detta ansvar, uppfattar vi att det uppstår en skev ansvarsfördelning i det auktoritära teamet på grund av dessa faktorer. Ett kollektivt risktagande mellan de olika professionerna i teamarbetet alternativt minskad arbetsbelastning för läkaren, tolkar vi skulle kunna leda till ökat ansvarsområde för de andra professionerna.

5.3.3 Ledarskap

I det auktoritära teamet har läkaren svårt att beskriva ledarskapet exakt och hur det blivit bestämt men han upplever att det är han som ansvarar för att teamarbetet ska fungera. De andra respondenterna beskriver läkaren som teamledare och den som har det slutgiltiga ansvaret för arbetet. Vid remisser uppger läkaren att professionerna i teamet brukar diskutera sig fram till konsensus om vilka insatser som ska genomföras, men påpekar också att om det finns för många olika uppfattningar, får han ta det slutgiltiga beslutet. Det framkommer även, i

intervjun, att nya bestämmelser stiftats inom organisationen som fastlägger att remisser skall hanteras två gånger i veckan. Eftersom teamet bara träffas en gång i veckan, blir det läkaren själv som tar beslut om insatser i åtminstone hälften av remisserna, uppger respondenterna. Isak (L) beskriver i följande citat hur han ser på sin roll som ledare i teamet: *“Man måste ändå tydliggöra att det är detta som gäller. Man måste stå för strukturen på något sätt, även om man inte tycker det är bra. Vi tjafsar emot otroligt mycket om man säger så, men i en hierarki så måste man följa de besluten som är. För man kan liksom inte opponera sig när det väl är beslutat. Då måste man vara en representant för hur det kommer uppifrån.”*

I det auktoritära teamet har man en ledare som samtidigt ingår i teamet som profession, alltså innehar *den dubbla rollen* (Larsen 2003). Vi tolkar det som att det blir svårt för den personen att samtidigt bevaka den egna professionens ansvarsområden och detaljstyra dessa, samtidigt som han också skall se till att skapa det samarbete som krävs, för att teamarbete skall komma till stånd. Läkaren beskriver att i egenskap av teamledare måste han stå för verksamhetens mål och se till att dessa följs, även om han ibland inte tycker de är bra. Vi uttyder utifrån begreppet *den dubbla rollen* (Larsen 2003) att det optimala är om teamledaren är tillräckligt insatt i arbetet som teamet utför, men inte ingår med ett eget professionsansvar. Vi uppfattar att det auktoritära teamets arbete hade underlättats av att ha en teamledare som inte hade ett eget professionsansvar. Om läkaren i teamet inte varit teamledare och bara hade fokuserat på att detaljstyra inom sin professions ansvarsområde, hade han inte samtidigt behövt stå för strukturen och tydliggöra beslut uppifrån. Vi uttyder att läkaren känner dubbla lojaliteter och slits mellan två roller i teamarbetet (Axelsson & Axelsson 2009). *Tid* är något som är grundläggande för samverkan i teamarbetet (Thylefors 2007). Vi tolkar det som att det inte finns tid i teamarbetet att hantera alla remisserna, det mynnar ut i att läkaren tar beslut själv. För att kunna samordna insatser kring patienter krävs det formella möten där professionerna kan diskutera enskilda patienter och insatser. Vi uttyder att teamet inte kan samordna sina insatser kring patienterna i brist på tid, något som krävs för att patienterna skall bli belysta utifrån alla professioners synsätt (Thylefors 2007). Även dessa fenomen bidrar till ett *stigberoende* (Jacobsson & Thorsvik 2008) i och med att strukturen för beslut leder till att läkaren blir beslutsfattare. Vi uppfattar att bristen på tid och läkarens *dubbla roll* leder till en situation där det är svårt för läkaren att välja någon annan stig.

Det auktoritära teamets ledarskap, med läkaren som ansvarig både för teamarbetet, patientvården och den egna professionen, leder till att respondenterna upplever att de får anpassa sig något i teamdiskussionerna. Samtidigt uttrycker kuratorn att ledarskapet är väldigt bra, samt att ledaren har otroligt mycket kunskap och erfarenhet inom verksamheten och patientgruppen. Respondenterna har ändå en önskan om att det ska finnas en ledare för teamet, som endast ägnar

sig åt ledarskapet. Mia (P) beskriver i följande citat vad det skulle kunna tillföra teamet:

“Så kan jag ju tänka mig att en av sakerna som en ledare gör, är ju just att driva ett teamarbete framåt. Utveckla, förändra när det behövs.”

Att belysa patienter på ett mångsidigt sätt är något som teamarbete ändå syftar till att göra. Toseland (1986) menar att det finns en risk att “grupptänkande” uppstår i teamarbete. Medlemmarna fokuserar på gruppklimatet, snarare än att komma fram till bästa möjliga lösning för patienten. Att respondenterna anpassar sig efter läkaren i teamet tolkar vi som en risk för att grupptänkande uppstår. Om läkaren bara fokuserar på den egna professionen och inte har ledarrollen, som i det auktoritära teamet, uppfattar vi det som att risken kan minskas. Precis som psykologen i ovanstående citat talar om, kan en ledare som bara ägnar sig åt ledarskapet driva teamarbetet framåt. Att arbeta fram en tydlig struktur för hur man diskuterar och kommer fram till beslut, är en av teamledarens centrala uppgifter menar Blomqvist (2009). En ledare som bara ägnar sig åt ledarskapet i teamet skulle kunna arbeta fram en tydlig struktur och ansvara för att patienten blev belyst på ett mångsidigt sätt i teamdiskussionerna. Vi uttyder att som följd skulle eventuellt “grupptänkandet” kunna reduceras.

I vår empiri kan vi även tyda att respondenterna ser risker med det auktoritära ledarskapet och på hur arbetet i teamet tar uttryck. Bland respondenterna efterfrågas ett mer nyanserat synsätt där de olika professionerna arbetar gemensamt för att komma fram till den bästa lösningen, och där fokus ligger på hur arbetet ska genomföras, snarare än på vad som ska genomföras. Respondenterna upplever också att det medicinska synsättet står i fokus och att beslut angående patienterna ibland fattas utan diskussion. Faran med hur teamet arbetar, upplever respondenterna, är att patienternas olika behov kanske inte uppmärksammas. Mia (P) beskriver hur hon skulle vilja att teamarbetet ser ut:

“ Det leder då vidare till frågan, vad är det vi behöver ta reda på? Sen kan ju det leda till att då verkar det som att det är du och du som skulle behövas, för det låter som det är något vi inte förstår inom ert område. Som då kanske hämtar in information och tar tillbaka det här till teamet, sen sker det en diskussion i teamet. Hur tycker vi att vi skall hanterat detta? Vilket är vårt grepp på situationen? Där vi har då olika yrkeskategorier som har olika kompetenser.”

Psykologens önskan om hur teamarbetet kunde se ut passar väl in på definitionen av *interprofessionell teamform* där *summan skall bli mer än de enskilda delarna* (Thylefors 2007). Att teammedlemmarna samspekar och tillsammans samordnar

sina insatser är signifikativt i interprofessionell teamform. Respondenternas önskan om att teamet skulle använda sig mer av de olika professionernas synsätt, och genom en *väl fungerande dialog* skapa de förutsättningar som krävs för samordnade insatser, blir tydliga i och med ovanstående citat (Thylefors 2007). Avsaknaden av samordnade insatser och en gemensam planering av arbetet, är något som respondenterna i det auktoritära teamet ger uttryck för.

5.3.4 Patienters behov

Respondenterna beskriver att verksamheten påverkar hur patienters behov uppmärksammas i teamet. Läkaren talar om att han är tvungen att hålla på ramarna för verksamheten, annars kan teamet bli överhopat av uppgifter. Att utreda om patienterna tillhör patientgruppen är teamets primära funktion, och det finns inte alltid resurser att gå vidare med annan typ av problematik. Om de inte varit så styrda av verksamhetens mål, uppger läkaren att det möjliggjort för en större helhetssyn. Han menar att de kunnat följa upp olika typer av problematik på ett bättre sätt vilket lett till ett större fokus på den sociala aspekten, men även den medicinska i viss mån. Psykologen och kuratorn uttrycker att det medicinska perspektivet får stor plats i teamarbetet, läkaren menar att det är en avvägning mellan vad som är viktigast för patienten samt mellan verksamhetens och teamets uppdrag. Respondenterna är överens om att de faktorerna även påverkar hur det ser ut vid nybesök och hur teamet hämtar in information om patienterna. Isak (L) beskriver i följande citat tankegångarna som finns i teamet, och hur han påverkar nybesök: *“Men de flesta tycker att jag kör mitt race och så få de andra ta efteråt. Men det finns alltid en möjlighet också att diskutera mer, så kan man gå vidare så.”*

Vi tolkar ovanstående citat som att läkaren har ett tydligt mål han arbetar mot, och att han anser att det bästa sättet att fastställa om någon tillhör patientgruppen, är att medicinskt utreda patienten. Detta leder till att medicinska metoder och aspekter genomsyrar det auktoritära teamet, allt ifrån nybesök till hur behovsområden hamnar i skymundan, som de andra respondenterna beskriver. Konflikten kring målen som de andra professionerna ger uttryck för, uttyder vi kan härledas till begreppet *målkonflikt* (Jacobsen & Thorsvik 2008). Vi uppfattar, utifrån kuratorn och psykologen, att om teamet haft ett större fokus kring den sociala och psykologiska aspekten av patienten, hade det varit ett annat sätt att nå organisationens mål. Att gå vidare med annan typ av problematik än att just utreda om patienterna tillhör patientgruppen uppfattar vi inte som verksamhetens mål, vilket läkaren representerar i teamarbetet. Vi tolkar att det kan ligga en konflikt individer emellan i teamet, kring verksamhetens mål och delmål i egna arbetsuppgifter. Läkaren förespråkar verksamhetens övergripande mål, medan kuratorn och psykologen koncentrerar sig på att utöka sitt yrkesspecifika arbetsområde, och förbiser därmed målet med verksamheten, nämligen att teamet

skall tillgodose patienternas behov, att de blir utredda för aktuell diagnos (Jacobsen & Thorsvik 2008).

Utifrån respondenterna framkommer det även att läkaren alltid ansvarar och närvarar vid nybesök, och de andra professionernas deltagande är lite mer sporadiskt. Kuratorn i det auktoritära teamet menar att det är bra att flera medlemmar från teamet medverkar vid nybesök. Respondenterna uppger att professionerna uppmärksammar olika perspektiv av patientens problematik, och när olika yrkeskategorier medverkar vid nybesök möjliggör det för teamet att inte missa något. Mia (P) uttrycker i följande citat hur hon ser på professionernas bidrag vid nybesök, och hur det formar teamets insatser:

“Jag kan ju höra saker patienten säger som lyser som en neonskylt, och jag märker att läkaren har inte ens hört det. Och där kan det ju bli problematiskt, om det är bara en yrkeskategori som definierar vilka insatser man skall göra. För det kommer ju göras utefter vad han har hört.”

Vi tolkar det som att teamet inte tar till vara på de olika professionerna kunskapsresurser fullt ut, eftersom alla inte medverkar vid nybesök kontinuerligt. Om inte det tas tillvara, uttyder vi det som att det leder till att teamarbetets dynamik fallerar och att det inte finns optimala möjligheter att möta patienters behov, i likhet med Kvarnström (2007). Enligt respondenterna medverkar läkaren alltid vid nybesök och redan här kan vi se en skiftning mot det medicinska aspekten, om andra professioner samtidigt inte deltar uppfattar vi det som att insatserna kommer präglas utifrån ett medicinskt perspektiv. Blomqvist (2009) kom i sin studie fram till att diskussioner om patienters insatser i teamarbete i stort redan präglas av läkarna och ett medicinskt perspektiv. Om inte alla professioner medverkar vid nybesök eller få ta del av patientinformationen innan beslut tas, tolkar vi att risken för att fokus ytterligare förskjutas mot en medicinskt aspekt ökar.

Trots att respondenterna i teamet menar att det medicinska får stort fokus i teamarbetet, uppger de ändå att teamarbetet fungerar bra. En begränsning som de dock ser är att teamets fokus kan begränsa de andra professionerna, och att man riskerar att gå miste om helhetssynen kring patienterna. Psykologen uppger att det kan medföra begränsningar i arbetet om de inte ser möjligheter mer än utifrån ett medicinskt perspektiv, vilket även påverkar patientvården i förlängningen. Mia (P) beskriver i följande citat varför hon tror att teamarbete fungerar bra, och hur de försöker verka för att begränsningar inte skall påverka patienterna: *“Jag tror vi gör det bra i den här verksamheten, det finns mycket erfarenhet och mycket kunskap. Och även om vi inte använder teamtiden till det utan kanske gör det i korridoren, så kommunicerar vi ändå kring patienten.”*

Utifrån respondenternas resonemang och citatet ovan tolkar vi att det medicinska perspektivet i det auktoritära teamet dominerar och tränger ut andra synsätt. Det här skapar begränsningar i arbetet genom att de andra behovsområdenas utrymme minskar. Enligt Thylefors (2007) är *tid* något som måste finnas för att samverkan i teamform skall fungera. Precis som psykologen ger uttryck för sker inte kommunikationen nödvändigtvis på den formella teamtiden. Vi uppfattar det som att under teamets formella möten tränger det medicinska perspektivet ut de andra behovsområdena. På det här viset känner sig de andra professionerna tvungna att sköta kommunikationen kring patienten i till exempel korridoren. Vi uttyder att teamet går miste om helhetssynen kring patienten, och att det medför begränsningar i arbetet, en risk som psykologen i det auktoritära teamet beskriver. En annan viktig aspekt är att om alla skall ha möjlighet att få information kring patienten är det viktigt att teamet sköter viktig kommunikation på de formella teammötena. Vi tolkar att i det auktoritära teamet försvåras det här genom att det medicinska perspektivet dominerar under mötena, och diskussioner kring andra behovsområden får skötas i till exempelvis korridoren. Genom att diskussioner sker utanför teamtiden, finns det en fara att informationen inte kommer de övriga till kännedom, något som vi tror kan påverka patientvården (Thylefors 2007).

6. SLUTSATSER

För att besvara uppsatsens syfte användes, i uppsatsens alla delar, den struktur som följde av syftets formulering avseende *ansvarsområde*, *ledarskap* och *patienters behov*. Genomgående i dessa avsnitt försökte vi identifiera faktorer som kan påverka arbetet i olika teamformer. I detta avsnitt vill vi presentera de slutsatser som vi har kommit fram till i vår studie och diskutera möjligheter till vidare forskning på området.

Teammedlemmarna i samtliga team upplever att ansvarsområdena är tydligt definierade. Genomgående är läkarens område tydligt både från läkarna själva och de andra professionerna. Kuratorn är den profession som vi anser hade bredast ansvarsområde i teamarbetet vilket också innebär att de har minst tydliga arbetsuppgifter. Vi menar att det finns ett behov av att definiera kuratorns ansvarsområde för att teamet ska veta hur de ska använda sig av professionen på bästa vis. Psykologen är den som vi anser hade smalast ansvarsområde i relation till hur den upplevde sin generella yrkeskunskap. I de demokratiska och auktoritära teamen där fokus är på att lösa uppgiften blir psykologens ansvar att genomföra testningar även om den upplever att den hade mer att bidra med. Vi menar att teammedlemmarna i den interprofessionella teamformen upplever att deras kunskap kom till användning i större utsträckning än medlemmarna i de

multiprofessionella teamen. Orsaken till detta anser vi är att i det formaliserade teamet finns en tydlig struktur som tvingar professionerna att representera sitt ansvarsområde, medan det i demokratiska och auktoritära teamen endast finns behov av att professionerna tillför den mängd kunskap som är nödvändig för att lösa uppgiften. Vi menar att den begränsade strukturen i teamen inte ger möjlighet till att utöka sina ansvarsområden då det inte finns någon naturlig plats för att kommunicera kring eller utveckla dessa. Risken, anser vi, är att patienterna inte får den kvalitativt bästa vården av samtliga professioner i teamet vilken de har rätt att få.

Samtliga teammedlemmar anser att ledarskap har en viktig funktion i teamarbetet; att hålla struktur, driva utvecklingsarbete och se till att alla medlemmar kommer till tals. Endast det formaliserade teamet har en formell ledare som uttalat ansvarar för dessa uppgifter. De andra två teamen har informella ledare i form av läkare med ledaruppgifter i olika omfattning. I de demokratiska och auktoritära teamen har inte ledaruppgifterna definierats utan utgår från läkarnas ansvarsområde. I samband med att läkaren står som informell teamledare tillkommer även svårigheter då ledaren har ett eget professionsansvar, och på så vis får en dubbel roll som kan vara svårt att kombinera. Som följd av den dubbla rollen menar vi att patientens vård kan begränsas då teamledaren ska verka för att patienterna ska bli belysta från alla behovsområden. Vi menar att läkarna i teamen ser till patientvården men att uppgifterna som gäller teamets struktur och utvecklingsarbete riskerar att inte bli tillgodosedda. I de demokratiska och auktoritära teamen finns utvecklingsområden vilka teammedlemmarna upplever sig behöva hjälp med att förbättra, till skillnad mot det formaliserade teamet där ledaren står ansvarig för uppgiften. Utan en formell ledare som bär ansvaret menar vi att teamarbetet stagnerar och möjligheten att utnyttja samtliga professioners kunskap och resurser begränsas. Som följd begränsas medlemmarnas ansvarsområden och patientens vård kan riskera att bli kvalitativt sämre.

Teamen i studien menar att de tillgodoser patientens behov, metoderna skiljer sig dock åt. Det interprofessionella teamet fokuserar på hur de ska lösa uppgiften och diskuterar sig fram till ett gemensamt synsätt kring bästa insats. De multiprofessionella teamen fokuserar mer på att de ska lösa uppgiften och utgår ifrån den information som inhämtas och beslutar därefter. Vilken och hur information inhämtas i teamen anser vi påverkar hur väl de kan belysa patientens behov. Utan en tydlig struktur för hur man inhämtar information och återför den till teamet finns det också risker för att vissa behovsområden begränsas, vilket påverkar hur insatser utformas. Vi menar att det formaliserade teamet, i jämförelse med de demokratiska och auktoritära, underlättas i sitt arbete som följd av tydliga riktlinjer. Vissa medlemmar i de demokratiska och auktoritära teamen uttrycker en

vilja om att ha det mer likt den interprofessionella teamformen vilket vi anser tyder på en önskan om en större helhetssyn kring patienten.

Vi har inte kommit fram till några slutgiltiga orsaker till varför teamformen bildas. Däremot har vi identifierat ett antal faktorer som vi menar kan leda teamformen i viss riktning samt påverka hur väl de fungerar. Den första faktor som vi anser avskiljer teamformerna från varandra är strukturen i teamet avseende vad som förväntas av teammedlemmarna. När varje teammedlem kontinuerligt förväntas bidra med sin del för att skapa en helhetssyn menar vi skapas en grund för en interprofessionell teamform. Om teammedlemmarna endast förväntas bidra enskilt och teamets ledare står för att skapa helheten menar vi att det kan leda mot en multiprofessionell teamform. Ledarens inställning till vilken omfattning medlemmarna står ansvariga för sina bidrag kan påverka om teamformen är demokratisk eller mer auktoritär. En annan faktor kan vara teammedlemmarnas bakgrund. Om de har förståelse för varandras yrkesperspektiv kan det leda mer åt den interprofessionella teamformen alternativt mer demokratiskt multiprofessionell. I sjukvården är läkarens auktoritet tydlig i och med hierarkin. I team, likt det formaliserade och det demokratiska, där det finns en motkraft i form av antingen en formell ledare eller personal med betydelsefull erfarenhet menar vi att arbetet kan ledas bort från den annars naturliga auktoritära multiprofessionella teamformen. Ytterligare en faktor som kan påverka är bredden på patientproblematik som verksamheten tar sig an. De demokratiska och auktoritära teamen arbetar i en kontext med en mer avgränsad målgrupp, än det formaliserade, vilket vi menar kan leda till att resurserna för teamarbetet fördelas olika. Det formaliserade teamets problemområde kräver en bredare genomlysning av patienten medan de andra två teamen fokuserar på den enskildes uppgift. Vi uppfattar att i de demokratiska och auktoritära teamen blir det mer tidseffektivt med läkaren som ledare då denne har ansvar för att uppgiften löses. Slutligen anser vi att riktlinjer, eller avsaknad av sådana, kan påverka hur väl teamarbetet når sitt mål att skapa en helhetlig vård för patienten. Genom tydliga riktlinjer och möjlighet att påverka dess utformning ökar chansen att skapa en gemensam bild av teamarbetets mål och tydliga förväntningar, hos dess medlemmar, gällande hur arbetet ska genomföras. När förutsättningarna uppfylls menar vi att patienten får ta del av en patientvård som bygger på hela teamets resurser. Vi menar att de formaliserade, demokratiska och auktoritära teamen samtliga kan nå sitt mål med teamarbetet oavsett teamform. För att nå dit, och ta till vara på samtliga medlemmars specialkompetens för att skapa en helhetlig vård, menar vi att riktlinjer är nödvändiga både i interprofessionellt och multiprofessionellt teamform. Risken blir annars att teamen följer gamla traditioner och stigar vilket begränsar syftet och funktionen med teamarbetet.

I empirin upplever vi det intressant att endast respondenterna i det formaliserade teamet har en samstämmig bild av teamarbetet. I de två andra teamen är bilderna diversifierade hos respondenterna. Gemensamt för de tre teamen är dock att de talar om teamarbete som en helhetlig metod och nämner inte vilka former som förekommer och vilken de arbetar efter. Däremot upplever vi att den interprofessionella teamformen ses som "ideal" eftersom majoriteten av respondenterna beskriver teamformen, och inte den multiprofessionella, som teamarbete i dess rätta bemärkelse. Det leder till att medlemmarna i det formaliserade teamet, i och med strukturen, upplever att de arbetar med i princip idealt teamarbete. Däremot i de demokratiska och auktoritära teamen uttrycker respondenterna att de i mer begränsad mån har teamarbete samtidigt som vi uppfattar att de har en fungerande multiprofessionell teamform. Önskan om den ideala formen skapar diskrepans hos medlemmarna i de två teamen där den interprofessionella formen inte har, menar vi, utrymme att användas. Ifall teamformen och dess förutsättningar tydliggörs för teamen spekulerar vi i att det kan bidra till att minska diskrepansen hos respondenterna eftersom att de får realistiska förväntningar på vad teamarbetet i denna form skall innebära. Då tänker vi att de kan fokusera på teamarbetets resultat snarare än att fokusera på hur arbetet skiljer sig gentemot idealet. Utifrån att ha undersökt två av sex verksamhetsområden samt med tidigare forskning som grund menar vi att denna diskrepans går att finna och bör adresseras i fler team med liknande förutsättningar.

Vi ser att riktlinjer för teamarbetet och dess form är begränsade och undrar hur verksamheten ställer sig i frågan. En frågeställning som har väckts och som vi anser kan vara av intresse för vidare forskning är att undersöka hur verksamhetsledningen vill att teamarbete ska fungera och hur de arbetar med utvecklingsarbete inom metoden. Hur ställer sig ledningen till de begränsningar som medlemmarna upplever försvårar för teamarbete? Och hur kommer det sig att metoden är såpass utbredd trots oenigheten gällande hur den ska utformas?

7. KÄLLFÖRTECKNING

Andersson, S. (red.) (2012). *Professionell utveckling inom läkaryrket*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, S & Axelsson, R (2009) "Multidisciplinära team och ledarskap - Från revirtänkande till altruism" i Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (red.) (2009). *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Berlin, J. & Carlström, E. (2004). *Boken om team: en kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Blomqvist, S. (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*. Diss. Linköping: Linköpings universitet, 2009.

Brunsson, N. (1998). "Beslut som institution" i Alvesson, M. & Czarniawska, B. (red.) (1998). *Organisationsteori på svenska*. Malmö: Liber ekonomi.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.

Gustafsson, V. och Lannebris, L (2010). *Kuratorn i teamarbete – en kvalitativ studie av sjukhuskuratorers upplevelse av sin yrkesroll, det psykosociala arbetet samt möjligheter och hinder i teamarbetet*. Göteborg: Göteborgs Universitet

Hansson, A., Friberg, F., Segesten, K., Gedda, B., & Mattsson, B. (2008). Two sides of the coin - General Practitioners' experience of working in multidisciplinary teams. *Journal Of Interprofessional Care*, 22(1), 5-16.

Hatch, M.J. & Cunliffe, A.L. (2006). *Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives*. (2. ed.) Oxford: Oxford University Press.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kvarnström, S (2007): *Interprofessionella team i vården. En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa. Avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap.

Larsen, R. (2003). *Teamutveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Lennéer-Axelsson, B. & Thylefors, I. (1982). *Psykosocialt behandlingsarbete*. Stockholm: Natur och kultur.

Liff, R. (2011). *Professionals and the new public management [Elektronisk resurs] : multi-professional teamwork in psychiatric care*. Diss. (sammanfattning) Göteborg : Göteborgs universitet, 2011. Göteborg.

Lindberg, K. (2009). *Samverkan*. (1. uppl.) Malmö: Liber.

Lundin, A. (2009). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Meeuwisse, A, Sunesson, S & Swärd, H (2006). *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och kultur.

Olsson, S. (1999). *Kuratorn förr och nu: sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv = [The hospital social worker then and now] : [in a historical perspective]*. Diss. Göteborg : Univ.. Göteborg

Pettersson, U. (2001). *Socialt arbete, politik och professionalisering: den historiska utvecklingen i USA och Sverige*. Stockholm: Natur och kultur

Rigné, E. (2002). *Profession, science and state: psychology in Sweden 1968-1990*. Diss. Göteborg

Rubenowitz, S. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap*. (3., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

Skau, G.M. (2007). *Mellan makt och hjälp: [om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare]*. Stockholm: Liber.

Starrin, B (1994). "Om dinstinktionen kvalitativ - kvantitativ i social forskning" i Starrin, B. & Svensson, P. (red.) (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Stolt, C. (1998). *Läkekonst*. Lund: Studentlitteratur.

Sunesson, S. & Swärd, H. (red.) (2006). *Socialt arbete: en grundbok*. (2.,
Lindgren, H (1999). "Den samordnande rollen" i Bernler, G. & Cajvert, L. (red.)
(1999). *Psykosocialt arbete: idéer och metoder*. Stockholm: Natur och kultur.

Sveningsson, S. & Alvesson, M. (2010). *Ledarskap*. (1. uppl.) Malmö: Liber

Thylefors, I (2007). "Babels torn-tvärprofessionella team" i Thylefors, I (red)
(2007). *Arbetsgrupper: från gränslösa team till slutna rum*. (1. utg.) (2007).
Stockholm: Natur och kultur.

Thylefors, I. (1991). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur
och kultur.

Toseland, R. W. (1986). *Teamwork in psychiatric settings*. *Social Work*, 31(1),
46-52.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-
samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

WHO (1999). Health21. The health for all policy framework for the WHO
European Region. European Health for All Series No. 6. Regional Office for
Europe, Copenhagen.

BILAGOR

Bilaga 1

INTERVJUGUIDE (YRKESGRUPP 1): TEAMARBETE INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

INLEDNING:

Bakgrund, ålder.

Bakgrund

1. Vilken utbildning har du?
2. Har du någon vidareutbildning?
3. Hur många år har du arbetat inom ditt yrke?
4. Var har du arbetat tidigare?
5. Hur många år har du arbetat med teamarbete i någon form?
6. Hur många år har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

Ansvarsområde

1. Vilket område i sjukvården anser du som (yrkesgrupp 1) att du ansvarar för?
2. Vilka ansvarsområden upplever du att du har inom teamarbetet?
3. Vilka områden i sjukvården anser du att (yrkesgrupp 2) och (yrkesgrupp 3) ansvarar för?
4. Vilka ansvarsområden upplever du att (yrkesgrupp 2) och (yrkesgrupp 3) har inom teamarbete?
5. Hur upplever du gränserna mellan de olika yrkenas ansvarsområden?
6. Vilka formella riktlinjer finns för hur ansvarsområdena i teamet ska se ut?
7. Vad är bra teamarbete enligt dig?

8. Vilka möjligheter och begränsningar upplever du i samband med teamarbete?

Ledarskap

1. Kan du beskriva hur ledningen för teamarbetet ser ut?
(Hur bestäms ledarrollen? Hur kommer ni till beslut i teamet?)
2. Vilka uppgifter anser du att ledaren har i teamet?
3. Vem har det yttersta ansvaret för beslut som fattas?
4. Vilka möjligheter upplever du att ledarskap skapar för teamet?
5. Vilka möjligheter respektive svårigheter upplever du uppstår som följd av det ledarskap som finns i teamet?
6. Hur upplever du att ledarskapet i teamet påverkar ditt arbete?
7. Hur upplever du att ledarskap i teamet påverkar patientens vård?
8. Hur ser du på ledarens roll för bra teamarbete?

Patienters behov

1. Hur arbetar ni i teamet för att uppmärksamma patientens olika behovsområden (Sociala, psykiska, medicinska)?
2. Finns det några riktlinjer för vilka behov som ni i teamet ansvarar för?
3. Upplever du att något område får mer eller mindre uppmärksamhet?
4. Vad påverkar vilka områden som ni fokuserar på i teamet?
5. Upplever du att patientens vård påverkas, beroende på vilka områden som fokuseras?

Övriga frågor

1. Finns det något ytterligare du vill ta upp som vi inte pratat om?

Bilaga 2

Informationsbrev om undersökning till kurator, läkare och psykolog angående upplevelse av teamarbete

Hej!

Vi heter Tobias Jansson och Henrik Nyström och är socionomstudenter vid Göteborgs Universitet. Vi kommer under höstterminen 2012 skriva en C-uppsats som en del i vår socionomutbildning. Detta informationsbrev är till för att ge Dig som potentiell respondent en kort beskrivning av studien, samt hur insamlade uppgifter kommer att hanteras.

Studiens övergripande syfte är att ge ökad kunskap samt att öka förståelsen om läkare, kurator och psykologs upplevelse av teamarbete och påverkan på patientvården inom hälso- och sjukvård. Vi vill beskriva och undersöka professionernas upplevelse i avseende kring syn på egna och andra teammedlemmars ansvarsområden. Vi vill även beskriva och undersöka vilken betydelse professionerna anser att ledarskap har för teamarbetet. Vidare vill vi undersöka hur professionerna upplever att patienternas behov blir uppmärksammade i teamarbete inom hälso- och sjukvård. Vi kommer begränsa oss till tre team från olika verksamheter inom vuxenpsykiatri i Göteborg. Vi planerar att intervjua läkare, psykolog och kurator. Intervjuerna kommer att äga rum under veckorna 41-43. Intervjun kommer att ta ca en timma och vi kommer använda ljudupptagning i form av diktafon. På det här viset underlättas dokumentationen för oss samt höjer säkerheten för att det som sägs under intervjun dokumenteras på ett korrekt sätt. Samtligt material i studien kommer att anonymiseras i avseende på person och organisation. Intervjuinspelning kommer efter utskrift att raderas.

Ditt deltagande i undersökningen är frivilligt. I studien kommer vi att följa Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Du får gärna kontakta oss eller vår handledare vid frågor.

Vi hoppas Du vill delta i vår undersökning!

Tobias Jansson och Henrik Nyström

Socionomstuderande:

Tobias Jansson _____ Email

Telefonnummer

Henrik Nyström _____ Email

Telefonnummer

**Handledare och universitetslektor i socialt arbete vid
Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet:**

Stefan Szücs

Telefonnummer

Email