



PERSONALVETARPROGRAMMET

Interprofessionellt samarbete

En kvantitativ studie om samvariationen med effekterna av uppgiftsväxling

Elin Almroth & Viktoria Forslund Hedman

Examensarbete:	15 hp
År:	2017
Handledare:	Olof Wrede
Examinator:	Carl-Christian Trönberg



PERSONALVETARPROGRAMMET

Abstract

BA-thesis:	15 hp
Subject:	Interprofessional collaboration - a quantitative study of the covariance with the effects of task shifting
Level:	Bachelor/First cycle
Year:	2017
Supervisor:	Olof Wrede
Examiner:	Carl-Christian Trönberg
Keywords:	Interprofessional collaboration, Task shifting, Health care, Profession, Quantitative study

Within the Swedish healthcare system, we can today observe stressful situations characterized by lack of paramedics, a situation that in the future will be untenable. In order to maximize efficient usage of resources, some organizations have begun working with task shifting. The purpose of this study is to describe how task shifting covaries with interprofessional collaboration within the healthcare sector.

Previous research shows that a well-functioning collaboration with the organization is of great value for the quality of the care given to the patient. The main purpose of task shifting is to maximize and streamline the skills available within an organization in order to ensure the quality of patient care. This is done by mapping and restructuring tasks. A clear deviation of professions can be found in this sector and research shows that implementing task shifting without assuring proper and clear communication, can create ambiguity in areas of responsibility. This in turn may affect collaboration. Earlier studies also show that task shifting can put positions of power out of play, as result of an increased ambiguity in hierarchical structures. It can also lead to rivalry and competition between professions. These effects may also in fact damage the interprofessional collaboration. This paper is based on a quantitative survey study; a survey was sent to 491 respondents within the healthcare sector. The response rate was 65.78 %. The data was analyzed through Welch's independent t-test, as well as multiple regression analysis.

The study showed that there was no difference in experienced interprofessional collaboration between the group that had been task shifting as compared to the group that hadn't. There was a significant difference regarding level of experienced hierarchy between the groups, where the non-task shifted group experienced a higher degree of hierarchy. The study also showed that possible effects of task shifting predict interprofessional collaboration. In the task-shifted group, clear hierarchy and clear responsibilities predicted interprofessional collaboration. In the non-task shifting group, clear areas of responsibility and professions in competition predict interprofessional collaboration. Collaboration therefore appears to be partly linked to the possible effects of task shifting, but the effects do not seem to be independent to task shifting. Our results indicate that the connection between task shifting and collaboration is unclear, or may in fact not exist.

Ett gott samarbetsklimat har historiskt sett präglat de svenska organisationerna. Andersen och Hällstén (2016) pekar på att de nordiska länderna har utmärkts av ett gott samarbete, vilket har gynnat medarbetarskapet. Sverige har även en arbetsmiljölagstiftning som påvisar att samarbete är en grundpelare i en god social arbetsmiljö (AFS 2015:4). De senaste åren har samarbetsklimatet visat tendenser av förändring. De svenska värderingarna har utvecklats från att fokusera på gruppen, och istället blivit alltmer individualistiska, detta enligt kontinuerliga mätningar sedan 1981 (World Values Survey, 2017). En undersökning visar även att Sverige är sämst i Europa på samarbete och kommunikation (European Agency for Safety and Health, 2016).

Hälso- och sjukvården inom Sveriges landsting sysselsatte i november 2016 totalt cirka 209 000 medarbetare (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016a). Samarbetet inom sektorn karaktäriseras av att det finns starka och tydliga professioner (Bihari Axelsson & Axelsson, 2016). Ett fungerande samarbete mellan dessa är ett måste för att ge bästa möjliga vård till patienterna (Inspektionen för vård och omsorg, 2015; Rice, Zwarenstein, Gotlib Conn, Kenaszchuk, Russell & Reeves, 2010; Herrmann, Woermann & Schlegel, 2015). Samarbetet mellan professioner, interprofessionellt samarbete, syftar till att de olika kompetenserna ska tas tillvara (Kvarnström & Cedersund, 2016). Dock menar Carlisle, Cooper och Watkins (2004) att det interprofessionella samarbetet kan hindras av faktorer som status och bristande förståelse för rådande ansvarsfördelning, samtidigt som tidsbrist kan leda till kommunikationsproblem.

Inom vården finns en pressad situation med personalbrist (Statistiska Centralbyrån, 2016). Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2016b) kommer situationen framöver att vara ohållbar. För HR-funktionen (Human Resource) inom hälso- och sjukvården är det inte bara ett problem i Sverige utan även på global nivå, att utbudet av vårdpersonal inte överensstämmer med den efterfrågan som finns. Det ställer krav på HR att ha en kontinuerlig process för att värdera och ta tillvara på de befintliga resurser som finns inom organisationen (O'Brien-Pallas, Baumann, Donner, Tomblin Murphy, Lochhaas-Gerlach & Luba, 2001).

Ett sätt för organisationerna inom hälso- och sjukvården att hantera personalbristen är att arbeta med uppgiftsväxling, vilket går ut på att maximera och effektivisera den kompetens som redan finns inom den egna verksamheten (World Health Organization, 2008; Henderson, Paterson, Burmeister, Thomson & Young, 2013). Detta sker genom att man tydliggör vad vissa professioner arbetar med idag för att undersöka om det finns arbetsuppgifter eller ansvarsområden som kan lämnas över till andra professioner. Vårt studieobjekt, som vi har valt att benämna Landstinget, började med uppgiftsväxling år 2013, för att hantera personalbristen och kompetensförsörjningen.

Uppgiftsväxling har visat sig kunna leda till att hierarkier mellan professioner tydliggörs (Colvin, de Heer, Winterton, Mellenkamp, Glenton, Noyes, Lewin & Rashidian, 2013; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009), att det uppstår en rivalitet och konkurrens mellan professionerna samt en oklarhet kring de nya rollerna (Zachariah, Ford, Philips, Lynch, Massaquoi, Janssens & Harries, 2009; Dambisya & Matinhure, 2012; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009). Dessa effekter kan i sin tur påverka det

interprofessionella samarbetet negativt (Carlisle et al., 2004; Herrmann et al., 2015; Rice et al., 2010; Sveriges Kommuner och Landsting, 2016b). Hälso- och sjukvården står därmed i ett läge med personalbrist och där samarbete är en nyckelfaktor för att möta patienternas behov. Syftet med denna studie är att beskriva hur uppgiftsväxling samvarierar med det interprofessionella samarbetet inom hälso- och sjukvården.

Profession

Inom hälso- och sjukvården finns tydliga professioner, varav läkare, sjuksköterska och psykolog är några exempel. Bihari Axelsson och Axelsson (2016) pekar på att utvecklingen fortsätter mot en allt starkare professionalisering inom denna sektor. Tidigare kretsade forskningen på ämnet huvudsakligen kring vilka egenskaper och beteenden som utmärker en profession (Evetts, 2013; Evetts, 1999), vilket idag snarare har ersatts med att fokusera på hur professioner förhåller sig till varandra och maktförhållanden dessa emellan (Evetts, 2013).

Vad som skiljer en profession från ett yrke, är ett omdebatterat ämne (Evetts, 2013). Evetts (2013) betonar att det kan finnas flertalet tolkningar på vad en profession är, exempelvis menar hon att en profession kan definieras utifrån strukturer och institutioner. En profession kan även innebära en yrkesroll som människor hyser tillit till, samt vara ett yrke som är kunskapsbaserat och som kommer från flertalet år av utbildning. I följande uppsats väljer vi att använda oss av ytterligare en annan av Evetts (2013) definitioner av profession, nämligen att det är ett yrke, inom vilket det ofta råder delade värderingar, synsätt på problem och lösningar samt en delad identitet.

Evetts (1999) menar att det ofta råder en dualism inom en profession; ett dilemma mellan att agera utifrån motivet att bistå samhället med service och motivet att själv uppnå ekonomisk vinning för sin kompetens och kunskap. Eftersom etik är centralt inom det medicinska fältet, menar Cruess, Johnston och Cruess (2002), att dilemmat likt det som Evetts (1999) beskriver, blir särskilt aktualiserat här. Cruess et al. (2002) definierar profession som ett kontrakt med samhället som syftar till att professionen får ensamrätt över ett visst kompetensområde i utbyte mot att de levererar tjänster till samhället på ett etiskt sätt.

Samarbete

Ett fungerande samarbete inom vården är avgörande för att leverera vård till patienterna (Inspektionen för vård och omsorg, 2015; Ponzer, Faresjö & Mogensen, 2009; Rice et al., 2010; Herrmann et al., 2015; Lidskog, 2016). Det finns många sätt att definiera samarbete. Thomson, Perry och Miller (2007) har definierat begreppet utifrån en litteraturstudie och menar att samarbete handlar om styrning, autonomi, administration, ömsesidighet samt tillit och normer. Sicotte, D'Amour och Moreault

(2002) har också studerat samarbete, men till skillnad från Thomson et al. (2007), gjort det utifrån ett interprofessionellt perspektiv. Sicotte et al. (2002) lyfter fram olika kontextuella förutsättningar, såsom budget och utbildningsnivå på chefer, och menar att dessa påverkar grupprocesser och samarbete mellan professioner.

Interprofessionellt samarbete sker när olika professioner arbetar tillsammans och när de olika kompetenserna och bidragen respekteras och tas tillvara (Kvarnström & Cedersund, 2016). Carlisle et al. (2004) pekar på att det kan finnas hinder i det interprofessionella samarbetet. Dessa kan bland annat vara problem kring status, tidsbrist för att kommunicera och säkerställa samverkan samt att det kan råda en övertro till andra professioners ansvarsområden. Det interprofessionella samarbetet kan försvåras då olika professioner har skilda åsikter om värdet av olika vårdinsatser för patienten (Dunér & Wolmesjö, 2015). En förmåga att samarbeta professioner emellan kräver träning, vilket bör ske redan under professionernas respektive utbildning (Carlisle et al., 2004; McNair, 2005). Bakgrunden till samarbetsproblem handlar, enligt McNair (2005), om att professionerna inte har kompetens att arbeta i team eller kunskap om de olika professionerna. Han pekar även på att det ofta ligger dåliga attityder bakom problemen, i kombination med en bristande respekt.

D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez och Beaulieu (2005) har tagit fram ett teoretiskt ramverk kring interprofessionellt samarbete, likt Sicotte et al. (2002) men med samma tillvägagångssätt som Thomson et al. (2007). Enligt D'Amour et al. (2005), kan interprofessionellt samarbete förstås genom att sammanställa dess olika komponenter i en litteraturstudie. Författarna visar att teorier och forskning om interprofessionellt samarbete i huvudsak består av fem återkommande delar: gemensamhet (vår översättning av "sharing"), partnerskap (vår översättning av "partnership"), inflytande (vår översättning av "power"), ömsesidighet (vår översättning av "interdependency") och process.

Gemensamhet innefattar bland annat att de samarbetande professionerna tar gemensamt ansvar för arbetet, de fattar gemensamma beslut samt delar värderingar och perspektiv. Partnerskap handlar om att det finns målsättningar som delas av samtliga professioner, samt att en kollegial relation råder som karaktäriseras av respekt och tillit. Att det finns en medvetenhet och öppenhet för de olika professionernas bidrag och perspektiv, hör också till komponenten partnerskap. För att uppnå ett fungerande interprofessionellt samarbete, menar D'Amour et al. (2005), att det även krävs att alla professioner har inflytande samt att detta inflytande baseras på kunskap och erfarenhet, i motsats till titlar och positioner. Dessa delar hör till komponenten inflytande, vilket baseras på att inflytande sker i interaktion med andra professioner och inte kan särskiljas från denna relation. Ömsesidighet handlar om att det finns en vilja hos professionerna att arbeta tillsammans för patientens behov. Komponenter innefattar en tillit mellan professionerna; ett slags inbördes beroende snarare än autonomi samt att alla professioner bidrar för att gynna varandra. D'Amour et al. (2005) betonar även att samarbete är en process som ständigt pågår i relationer mellan människor. Samarbete är därför utpräglat dynamiskt och interaktivt, utan en tydlig början och ett tydligt slut.

Uppgiftsväxling: Möjligheter och utmaningar

Uppgiftsväxling handlar om att maximera och effektivisera den kompetens som finns för att säkerställa vård till patienterna (World Health Organization, 2008). För exempelvis sjuksköterskor kan det handla om att sänka kraven som ställs på arbetet och även arbetsbelastningen, genom att lämna över uppgifter som det inte krävs sjuksköterskekompetens för att utföra (Henderson et al., 2013). I vår studieorganisation Landstinget har uppgiftsväxling genomförts inom vissa enheter genom en inledande kartläggning kring vad varje profession kan och får göra, för att se vilka uppgifter som kan övertas av någon annan profession. Ett exempel på detta är att en tandköterska tidigare har stått i receptionen på tandläkarmottagningen, vilken nu istället sköts av en receptionist. Målet är att personalen ska få mer tid med patienterna och att rätt kompetens ska vara på rätt plats.

Uppgiftsväxling innebär en kartläggning och ett tydliggörande av vilka kompetenser som finns hos en viss profession. Detta gör att det blir tydligt vilken profession som får och inte får utföra en viss uppgift. Därmed, menar Colvin et al. (2013) samt Tantchou Yakam och Gruénais (2009), att uppgiftsväxling kan sätta sociala maktordningar och maktpositioner ur spel, på grund av att hierarkin blir tydliggjord. Tantchou Yakam och Gruénais (2009) menar att de existerande hierarkierna utmanas och förstärks i och med att uppgiftsväxling introducerar nya roller på arbetsplatsen. Detta visades bland annat när sjuksköterskor upplevde en minskad status i förhållande till läkarna, eftersom läkarna efter uppgiftsväxling kunde kommunicera vissa frågor med en undersköterska. Colvin et al. (2013) fokuserar på reaktionerna kring uppgiftsväxling hos barnmorskor och menar bland annat att uppgiftsväxling leder till en tydliggjord hierarki, då det tydliggör vilken profession som har mest auktoritet och status. Detta kan bli en barriär i samarbetet mellan barnmorskor och andra professioner (Colvin et al., 2013). Även Rice et al. (2010) menar att hierarkiska strukturer påverkar det interprofessionella samarbetet negativt. Sveriges Kommuner och Landsting (2016b) har undersökt hur vården kommer att se ut år 2035 och även de anar en kommande maktobalans, till följd av att nya yrkesgrupper skapas och att uppgifter och ansvarsområden växlar.

Uppgiftsväxling medför att arbetsuppgifter och ansvarsområden ändras utifrån kompetens. Om de nya uppgifterna och ansvarsområdena inte tydliggörs eller om det inte finns en tydlig gränsdragning mellan de nya ansvarsområdena, har detta visat sig kunna påverka samarbetet negativt (Zachariah et al., 2009; Dambisya & Matinhure, 2012; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009). Otydliga ansvarsområden har bland annat visats kunna uppstå mellan sjuksköterskor och andra professioner som ska uppgiftsväxla och ta över uppgifter mellan varandra (Tantchou Yakam & Gruénais, 2009). Dambisya och Matinhure (2012) menar att gränserna mellan rollerna kan bli otydliga, eftersom en arbetsuppgift som tidigare utmärkt en profession istället utfört av en annan, efter införandet av uppgiftsväxling. Problem med ansvarsfördelningar mellan professioner har, i en studie av Auyeung, Patel, McRobbie, Weinman och Davies (2011), visat sig kunna leda till att patienter får bristande information. Även Rice et al. (2010) menar att en

otydlighet kring det interprofessionella arbetssättet påverkar samarbetet negativt. Ett exempel på detta uttrycks av sjuksköterskor i Region Norrbotten, som efter uppgiftsväxling upplever en oro för att tappa kontrollen och sin helhetsbild, när de lämnar över uppgifter till undersköterskor (Wärngård, 2017).

Uppgiftsväxling kan även ge upphov till professionell protektionism (Zachariah et al., 2009; Dambisya & Matinhure, 2012; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009). Detta innebär att en rivalitet och konkurrens mellan professionerna väcks. Konkurrenten kan visa sig när till exempel en läkare inte vill lämna över uppgifter till någon som inte besitter likvärdig kompetens eller när sjuksköterskor inte vill ta på sig en uppgift som är mer kvalificerad än det man tidigare gjort, utan att få höjd lön (Zachariah et al., 2009). Tantchou Yakam och Gruénais (2009) identifierar att konkurrens mellan professioner kan uppstå hos sjuksköterskor som upplever att lägre utbildade sköterskor tar deras arbetsuppgifter. I och med detta kan sjuksköterskorna börja ifrågasätta sin egen professionella identitet. Dambisya och Matinhure (2012) menar att konkurrens kan uppstå i och med att en profession lämnar oönskade och okvalificerade uppgifter till en annan profession, som därmed får en annan status och ökat behov av att konkurrera, så kallad "task dumping". Carlisle et al. (2004) visar i sin studie, att om rivalitet mellan professioner uppstår i en arbetsgrupp, påverkar detta samarbetet på ett negativt sätt. Herrmann et al. (2015) pekar på att professionell protektionism leder till missförstånd mellan professionerna och menar att en ökad kunskap om varandras arbetsområden är nyckeln till ett gott samarbete mellan professionerna.

Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie var att beskriva hur uppgiftsväxling samvarierar med det interprofessionella samarbetet inom hälso- och sjukvården. Data samlades in för att kunna jämföra en grupp som har uppgiftsväxlat med en grupp som inte har det. Utifrån litteratursammanställningen ovan formulerade vi följande frågeställningar:

1. Finns det en skillnad i upplevt samarbete mellan en grupp som har uppgiftsväxlat jämfört med en grupp som inte har det?
2. Hur samvarierar graden av tydlig hierarki, tydliga ansvarsområden samt professioner i konkurrens med upplevd grad av samarbete i en grupp som har uppgiftsväxlat jämfört med en grupp som inte har det?

För att undersöka frågeställningarna testade vi följande specifika hypoteser:

Hypotes 1. Vår första hypotes är att uppgiftsväxling försämrar samarbete och att gruppen som har uppgiftsväxlat därmed upplever en lägre grad av samarbete, jämfört med gruppen som inte har uppgiftsväxlat. Hypotes 1 prövas genom Welch's oberoende t-test.

Hypotes 2. Vår andra hypotes grundas i tidigare forskning som visar att tydlig hierarki, otydliga ansvarsområden samt professioner i konkurrens leder till sämre

samarbete. Hypotes 2 är därmed att dessa effekter av uppgiftsväxling predicerar upplevt samarbete. Denna hypotes testas genom linjär multipel regressionsanalys. Nedan presenteras närmare de tre delhypoteserna.

Hypotes 2a. Tydlig hierarki samvarierar negativt med det upplevda samarbetet.

Hypotes 2b. Tydliga ansvarsområden samvarierar positivt med det upplevda samarbetet.

Hypotes 2c. Professioner i konkurrens samvarierar negativt med det upplevda samarbetet.

Metod

Vår studie hade en kvantitativ forskningsansats i form av en enkät. Vi arbetade med ett deduktivt förhållningssätt, vilket enligt Bryman (2015) handlar om att hypoteser grundas på teori och tidigare forskning, snarare än på data. Fokus för vår studie var att jämföra grupper för att ta reda på hur och om det fanns ett samband mellan uppgiftsväxling och interprofessionellt samarbete inom hälso- och sjukvården. För att lyckas med detta krävdes empiri som var standardiserad och jämförbar mellan grupper och därmed valde vi en kvantitativ forskningsansats (se Bryman, 2015; Trost, 2012).

Våra forskningsfrågor hade med fördel kunnat undersökas med en longitudinell forskningsdesign. Detta innebär, enligt Bryman (2015), att en och samma grupp undersöks vid två eller fler tillfällen. En longitudinell undersökningsdesign ger möjligheter att ha en tidsaspekt i beaktning samt att tydligare kunna undersöka vilka faktorer som påverkar, alltså möjligheter att undersöka kausalitet. Henderson et al. (2013) har utfört en sådan studie på effekter av uppgiftsväxling och undersökt hur uppgiftsväxling och ledarskap påverkar varandra. För att besvara våra frågeställningar inom ramen för vårt kandidatarbete valde vi istället att jämföra grupper i en tvärsnittsstudie på Landstinget. Bryman (2015) menar att en tvärsnittsstudie görs vid ett tillfälle, på flera grupper, för att undersöka samband och mönster. Problemet med en tvärsnittsstudie gäller kausalitet, med andra ord vad som påverkar vad, eftersom både beroende och oberoende variabler mäts vid samma tillfälle (Bryman, 2015). Vår design i form av en tvärsnittsstudie, gjorde det omöjligt för oss att dra några slutsatser om det är uppgiftsväxling som påverkar samarbetet, tvärtom eller i själva verket något helt annat. Däremot kan vårt resultat tolkas som indikationer och tendenser, som kan bidra till att belysa behovet av framtida forskning.

Deltagare

För att uppfylla vårt syfte krävdes ett urval av respondenter där en grupp har uppgiftsväxlat och en grupp som inte har det. Vi behövde därför ha kontroll och insyn i urvalet av respondenter, varpå ett slumpmässigt urval inte var genomförbart.

Vårt urval var istället vad Bryman (2015) kallar ett bekvämlighetsurval, eftersom vi med avsikt valde ut vissa grupper. Fördelen med vårt urval var att vi fick grupper som har uppgiftsväxlat och grupper som inte har det, som respondenter i vår tvärsnittsstudie. En nackdel med vår urvalsmetod var att konfidentialitetskravet kunde bli lidande, då HR-strategerna visste vilka avdelningar som skulle delta i studien. För att vi skulle lyckas behålla respondenternas anonymitet, valde vi dock att ha blanka svarsrutor i enkäten när deltagarna uppmanades att fylla i vilken avdelning och vilket sjukhus de arbetar på, snarare än att ha utskrivna och därmed avslöjande svarsalternativ. Då hade respondenterna kunnat se vilka andra sjukhus och avdelningar som deltog i studien. Bryman (2015) menar även att ett bekvämlighetsurval innebär att det är svårt att generalisera stickprovet till populationen. Vår studie kommer därför inte att kunna generaliseras, utan snarare ge indikationer på hur vidare forskningen kan fortskrida.

Vi hade initialt en ambition att de utvalda avdelningarna skulle vara jämförbara, bland annat vad gäller antal, arbetsuppgifter, inriktning, professioner och arbetsmiljö, för att kunna likställas med varandra. Detta var en ambition som vi var tvungna att ge upp för att kunna genomföra undersökningen. Frågan kan därför ställas om grupperna som ingår i vår studie är jämförbara med varandra. Därefter var vår ambition att ha jämförbara grupper vad gäller antal. Detta var en ambition som vi av praktiska skäl också var tvungna att ge upp. Vi fick därför anpassa våra analyser efter den, något snedfördelade, data vi samlade in. Vår enkät mottogs av totalt 491 respondenter, varav 323 stycken svarade. Detta gav en svarsfrekvens på 65.78 %. Enligt Trost (2012) är detta godtagbart.

Då vi inte hade möjlighet att genomföra en longitudinell studie, där grupper jämförs över tid, blev vi tvungna att jämföra olika grupper vid samma tidpunkt. Frågan "Har du berörts av uppgiftsväxling?" är en del av enkäten och syftade initialt till att användas som grupperingsvariabel. När det senare kom till vår vetskap att medarbetarna eventuellt inte visste ifall de berörts av uppgiftsväxling, blev denna fråga en riskabel grupperingsvariabel. Vi gjorde istället vår gruppering utifrån vilka avdelningar som har uppgiftsväxlat och vilka som inte har det, enligt information från HR-strateg på respektive sjukhus. Resultatet från enkätfrågan "Har du berörts av uppgiftsväxling?" redogörs i Tabell 2 i resultatdelen. I enkäten (Bilaga 2) fanns istället den textruta där respondenterna uppmanades att fylla i var i Landstinget de arbetar enligt följande form: Avdelning/mottagning, Sjukhus. Några av respondenterna misstolkade frågan, genom att till exempel svara endast sjukhus, endast avdelning eller bara ordet "avdelning". Deras svar gick därmed inte att koppla till en avdelning, varpå det blev omöjligt för oss att placera respondenten i en grupp. Att denna fråga innehåller kodningsbar information blev därmed ett inkluderingskriterium.

En exkluderingsvariabel var de respondenter som var chefer, och angav detta som sin profession. Vi tog bort dessa ur datasetet på grund av att frågorna i enkäten fokuserar på det upplevda interprofessionella samarbetet på avdelningsnivå mellan kollegor, snarare än mellan medarbetare och chef. Vi tog även bort en avdelning från svaren på grund av att det på denna avdelning endast arbetar en profession, vilket gjorde att interprofessionellt samarbete inte gick att mäta.

Det var även ett antal tomma svar i vår data från respondenter som påbörjat enkäten och inte avslutat. Dessa svar togs också bort. Dessa fyra inkluderings- och exkluderingsvariabler resulterade i att vi plockade bort totalt 56 svar från vårt dataset. Totalt återstod data från 267 respondenter.

Tabell 1. Antal, kön, ålder, anställningstid och profession för respondenterna. Variablerna finns angivna för stickprovet i sin helhet samt för respektive grupp.

Variabel	Har uppgiftsväxlat	Har inte uppgiftsväxlat	Alla
Antal			
N (%)	181 (67.8)	86 (32.3)	267 (100)
Kön (%)			
Kvinna	87.8	76.7	84.3
Man	11.0	23.3	15.0
Övrigt	1.1		0.7
Ålder (år)			
Mean (SD)	45.6 (12.2)	42.0 (14.5)	44.4 (13.1)
Anställningstid (år)			
Mean (SD)	18.2 (12.5)	12.6 (13.6)	16.4 (13.1)
Profession (%)			
Administratör, t.ex. assistent, kanslist, receptionist, telefonist	3.9		2.6
Kurator		1.2	0.4
Psykolog		1.2	0.4
Sjuksköterska	40.3	30.2	37.1
Skötare		25.6	8.2
Specialutbildad läkare	1.1		0.7
Specialutbildad sjuksköterska	18.2	1.2	12.7
Undersköterska	23.2	40.7	28.8
Vårdadministrativ sekreterare, medicinsk sekreterare	12.2		8.2
Annan yrkeskategori inom vård- och omsorgsarbete	0.6		0.4
Annan yrkeskategori: Verksamhetsutvecklare	0.6		0.4

Instrument

Enkäten bestod av fyra delar (se Bilaga 2). Del 1 bestod av bakgrundsfrågor, del 2 handlade om interprofessionellt samarbete, del 3 rörde våra oberoende variabler Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden samt Professioner i konkurrens. Den sista delen, del 4, var utvärderande frågor om införandet av uppgiftsväxling. Nedan beskrivs hur vi tog fram varje del.

Del 1. Den första delen av enkäten bestod av bakgrundsfrågor såsom ålder, kön, profession, anställningstid inom Landstinget samt om man själv berörts av uppgiftsväxling. Vi formulerade bakgrundsfrågorna i linje med den standard som Landstinget vanligtvis har på sina enkäter. Därav kan exempelvis vissa av professionerna i enkäten inte definieras som professioner, utifrån den innebörd av begreppet vi valt för denna uppsats, enligt Evetts (2013). Vi gjorde valet att formulera dessa enkätfrågor i enlighet med Landstingets tidigare enkäter, för att respondenterna skulle känna igen formuleringarna.

Del 2. Den andra delen av enkäten syftade till att undersöka den beroende variabeln Interprofessionellt samarbete. Vi baserade frågorna på ett teoretiskt ramverk av D'amour et al. (2005), som är på en litteraturstudie av forskning på ämnet. D'amour et al. (2005) identifierade fem beståndsdelar av begreppet interprofessionellt samarbete. Dessa är Gemensamhet, Partnerskap, Inflytande, Ömsesidighet och Process.

Process. I vår studie valde vi att utesluta beståndsdelan Process från vårt index Interprofessionellt samarbete, då vi, i linje med artikelförfattarna D'amour et al. (2005), anser att process inte är mätbart utan att det sker löpande genom allt interprofessionellt samarbete. D'amour et al. (2005) menar nämligen att interprofessionellt samarbete karaktäriseras av process genom dynamik och interaktion, vilket ständigt sker i relation till andra människor och heller inte kan särskiljas från denna relation. Därav har vi valt bort beståndsdelan Process för att istället fokusera på de övriga fyra. Vi tog fram dessa variabler och frågor genom en kritisk diskussion mellan oss och även i samråd med handledare. Diskussionen och urvalsprocessen redogörs nedan.

Gemensamhet. D'amour et al. (2005) redogör för vad de fem beståndsdelarna av begreppet interprofessionellt samarbete i sin tur består av. Enligt litteraturstudien av D'amour et al. (2005) beskrivs Gemensamhet ha följande delar: Ansvar, Beslutsfattande, Värderingar, Data, Planering och inventioner, Professionella perspektiv samt Filosofi kring sjukvård. För att bäst täcka in beståndsdelan Gemensamhet i två enkätfrågor, valde vi att avgränsa begreppet enligt vad D'amour et al. (2005) litteraturstudie har identifierats flest gånger i sin forskning, och därmed har flest referenser i litteraturstudien. Eftersom dessa delar är mest frekvent återkommande i forskningen som D'amour et al. (2005) har granskat, menar vi att de säger mest om beståndsdelan i fråga. I exemplet med beståndsdelan Gemensamhet, har delarna Ansvar och Beslutsfattande flest referenser; Ansvar har nio och Beslutsfattande har tre. Dessa har alltså tagits upp i nio respektive tre vetenskapliga artiklar som D'amour et al. (2005) har studerat. Utifrån dessa formulerade vi sedan följande två enkätfrågor: "I vilken utsträckning upplever du att du och andra

medarbetare tar ett gemensamt ansvar för att nå resultat?” och “I vilken utsträckning upplever du att du och andra medarbetare fattar gemensamma beslut?”.

Partnerskap och Inflytande. Vi gjorde ett likvärdigt urval som med beståndsdelen Gemensamhet, utifrån antal referenser, även för beståndsdelarna Partnerskap och Inflytande. Utifrån deras respektive delar formulerades två enkätfrågor vardera. Frågorna för beståndsdelen Partnerskap blev “I vilken utsträckning upplever du att du och andra medarbetare har gemensamma mål?” och “I vilken utsträckning upplever du att alla professioner på din arbetsplats är dina kollegor?”. Frågorna för beståndsdelen Inflytande blev “I vilken utsträckning upplever du att kunskap och erfarenhet leder till inflytande på din arbetsplats?” och “I vilken utsträckning upplever du att du och andra medarbetare har likvärdigt inflytande i det dagliga arbetet?”.

Ömsesidighet. Vi gjorde ett undantag vad gäller urvalet av delarna som utgör den fjärde beståndsdelen, Ömsesidighet. Här hade delen “Gemensam önskan om att uppfylla patientens behov” flest referenser, men denna valde vi bort för att vi redan valt ut den mer allmänna “Gemensamma mål”, som hör till beståndsdelen Partnerskap. Detta baseras på att vi ansåg att de fångar in samma ämne. Vi valde även bort nästa del med flest referenser, “Helhet större än enskilt bidrag sammanlagt”, på grund av att vi ansåg att den berör ett område som den enskilde individen kan ha svårt att göra en bedömning av i en enkätfråga. Delarna med därefter flest referenser var “Aktörer förlitar sig på varandra” och “Ömsesidigt beroende snarare än autonomi”. Vi ansåg att dessa berör samma ämne, varpå vi valde den förstnämnda. Därefter valde vi även “Alla professioner bidrar och deltar”, för att delen berörde begreppet profession som är ett centralt begrepp i vår undersökning. Delen “Aktörer förlitar sig på varandra” blev till frågan “I vilken utsträckning har du tillit till övriga professioner på din arbetsplats?”. “Alla professioner bidrar och deltar” blev till frågan “I vilken utsträckning upplever du att alla professioner bidrar och är delaktiga på ett likvärdigt sätt i det dagliga arbetet?”.

Sammanfattning del 2. Den andra delen av enkäten bestod således av åtta frågor, baserade på beståndsdelarna av begreppet Interprofessionellt samarbete, enligt ramverket av D’amour et al. (2005). Vi döpte variablerna till Gemensamhet 1 & 2, Partnerskap 1 & 2, Inflytande 1 & 2 och Ömsesidighet 1 & 2. Det är, enligt Trost (2012), fördelaktigt att i så lång utsträckning som möjligt använda enhetliga svarsalternativ så att respondenten känner igen sättet att svara. Vi valde därav att ha svarsalternativen i enkäten på en intervallskalenivå mellan 1-7, där 1 = Inte alls och 7 = I mycket hög utsträckning, i del 2, 3 och 4 av enkäten.

Del 3. Vi baserade den tredje delen av enkäten på forskning om uppgiftsväxling samt vilka effekter det kan få på samarbete. På denna forskning grundade vi våra hypoteser och våra oberoende variabler Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden samt Professioner i konkurrens. Frågorna baserade på dessa variabler utformade vi enligt följande: “I vilken utsträckning upplever du att det råder en hierarki mellan professioner på din arbetsplats?”, “I vilken utsträckning upplever du att det är konkurrens om arbetsuppgifter mellan professioner på din arbetsplats?” och “I vilken utsträckning upplever du att det är tydligt vad andra professioner på din arbetsplats har för

ansvarsområden?”. Totalt utgjordes del 3 av vår enkät av tre stycken frågor. Svaren på dessa frågor besvaras på en skala 1-7, i likhet med del 2 ovan.

Del 4. Den fjärde och sista delen av enkäten utformade vi i utvärderande syfte på begäran av Landstinget. Informationen från dessa frågor behandlas inte inom ramen för denna uppsats. Del 4 bestod av tre frågor som besvarades på samma skala som ovan (1-7). Ett exempel på en fråga från del 4 av vår enkät var: “I vilken utsträckning anser du att bemanningen på din avdelning är optimerad efter patienternas behov?”.

Som avslutning på vår enkät fanns en öppen fråga döpt till “Övriga synpunkter”. Enligt Trost (2012) kan detta vara gynnsamt för att respondenterna får möjlighet att framföra sina synpunkter, reflektioner och kommentarer.

Reliabilitet och validitet. Reliabilitet utgörs, enligt Trost (2012), av fyra delar; kongruens, precision, objektivitet och konstans. Kongruens handlar om att ha en överensstämmelse mellan frågor som är menade att mäta likvärdiga saker. Detta är, enligt Trost (2012), speciellt viktigt vid enkätutskick. För att säkerställa kongruensen mätte vi Cronbach Alpha på vårt index, Interprofessionellt samarbete. Indexet består av variablerna Gemensamhet 1 & 2, Partnerskap 1 & 2, Inflytande 1 & 2 samt Ömsesidighet 1 & 2. Vi testade frågorna och fick värdet 0.896. Field (2014) menar att ett CA-värde är acceptabelt om det är över 0.7.

Precision berör enkätens utformning och formulering (Trost, 2012), vilket vi arbetade med genom att utforma enkäten på ett så enhetligt sätt som möjligt. Vi använde Landstingets enkätformat i så stor utsträckning som möjligt och vi ville minimera risken för att frågorna kunde tolkas olika av olika respondenter. För att säkerställa detta gjorde vi en mindre pilotstudie där enkäten skickades ut till ett antal sjuksköterskor och studenter, för att se om frågorna var förståeliga. Efter feedback korrigerade vi vissa formuleringar för en ökad tydlighet och precision.

Objektivitet handlar till stor del om att minimera risken för att vi som utför studien har olika tolkningar. Exempelvis beskriver Trost (2012) att alla som arbetar med kodningen av data ska värdera svaren likvärdigt. Vi utformade enkäten genom att arbeta gemensamt i framtagandet av variablerna och frågorna, för att minska risken för tvetydighet i den subjektiva tolkningen.

Konstans berör trovärdigheten av svaren och att respondentens svar inte ändras över tid (Trost, 2012). Här kan dagsform hos enskild individ spela roll, vilket vi inte kan avgöra med den metod vi valt. Konstansen i vår studie kan därav kritiseras. För att förbättra konstans hos respondenterna, utformade vi frågorna på ett sätt som inte handlade om upplevelsorna idag, utan snarare ett helhetsperspektiv.

Validitet handlar om att de frågor som ställs och det instrument som används, gör att vi mäter det vi vill mäta (Trost, 2012). Vi arbetade med att tydligt förankra våra frågor i tidigare forskning, vilket vi ansåg stärker arbetets validitet. Vår studies teoretiska ramverk är en litteraturstudie på ämnet interprofessionellt samarbete (D’amour et al., 2005). Denna valde vi ut för att den täcker in en stor mängd forskning. Dock är begreppet “samarbete” väldigt brett och vi var tvungna att göra ett urval av alla delkomponenter för att kunna formulera en enkät. Frågan kan därför ställas om vi har lyckats täcka in hela

begreppet "samarbete". Våra oberoende variabler (Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden samt Professioner i konkurrens) mäts dock enbart genom en fråga per variabel. Det kan därför ifrågasättas hur väl de täcker in vardera effekt av uppgiftsväxling. Att endast formulera en fråga per variabel var dock ett val vi gjorde på grund av att vi ville ha en så kort enkät som möjligt, för att öka antalet respondenter. Bryman (2015) menar nämligen att respondenter tenderar att avsluta svarandet av en enkät om de uppfattar att den är för lång. Kritiska diskussioner om urval av variabler har skett mellan oss som är författare till denna uppsats och även i samråd med handledare. Utifrån det har vi bedömt att vår begreppsvaliditet är god.

Tillvägagångssätt

Vi inledde studien med en intervju med en HR-strateg på den centrala HR-avdelningen på Landstinget. Syftet med intervjun var att vi skulle få bakgrundsinformation om organisationen, arbetet med uppgiftsväxling samt synen på det befintliga samarbetet. Vi fick även bakgrundsinformation från organisationsspecifikt material och dokument som beskrev uppgiftsväxling inom vår studieorganisation Landstinget. Dessa dokument var inte en del av vår analys utan har snarare syftat till att ge oss en bredare bild av ämnet och kontexten.

Därefter inledde vi en litteratursökning som låg till grund för framtagning av variabler och enkätfrågor. Enkätens första sida utgjordes av ett missivbrev (se Bilaga 1), vilket syftade till att ge respondenten information om vad enkäten avsåg samt vad syftet med undersökningen var. I missivbrevet tog vi även hänsyn till följande fyra etiska principer: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Dessa handlar, enligt Bryman (2015), om att studiens syfte och upplägg ska framföras till respondenterna samt att information ska finnas om att det är frivilligt att delta. Vidare handlar det om att det ska framgå att respondenterna och organisationen är anonyma i studien och att informationen deltagarna delar med sig av endast kommer att nyttjas för studiens ändamål.

Vi skickade ut enkäten (se Bilaga 2) via mail till utvalda avdelningar. Vissa avdelningar fick en privat länk från oss, medan andra fick en öppen länk skickad till sig via närmaste HR-strateg. Enkäten gick att besvara under cirka tre veckors tid. Under denna tid skickades minst två påminnelser ut via mail, från oss alternativt närmaste HR-strateg, med avsikt att öka svarsfrekvensen.

Databearbetning

När all data var insamlad, började vi med att gruppera deltagarna efter avdelning för att få fram två grupper, en som har uppgiftsväxlat och en som inte har det. Som nämnts tog vi även bort vissa respondenter enligt våra inkluderings- och

exkluderingsvariabler. Därefter gjorde vi Cronbach Alpha-test samt skapade indexet Interprofessionellt samarbete.

Innan vi började våra analyser diskuterade vi, i samråd med handledare, hur många analyser vi skulle göra. Vi var måna om att endast göra så många analyser som vår insamlade data tillät, med statistisk power i åtanke. Vi gjorde totalt fyra oberoende Welch's t-test och två multipla linjära regressionsanalyser. Analyserna beskrivs mer ingående nedan.

Vi valde att sätta en signifikansnivå på 0.05. Eftersom vi skulle genomföra flera signifikanstest behövde vi gardera oss för Typ 1-fel. Detta innebär, enligt Borg och Westerlund (2012), att man får ett signifikant resultat som i själva verket beror på slumpen. Vi använde oss därför av Bonferroni-korrektionen, vilken syftar till att den sammanlagda risken för Typ 1-fel för alla tester inte överstiger vald signifikansnivå (Field, 2014). Detta gjorde vi genom att dividera vår signifikansnivå med antalet tester som vi skulle genomföra ($0.05/4 = 0.013$). I vårt fall innebar det alltså att varje oberoende t-test hade en signifikansnivå på 0.013.

För att testa hypotes 1 använde vi oss av Welch's oberoende t-test. Denna analys är passande när man ska jämföra grupper av olika storlek (Field, 2014). Våra grupper bestod av 181 respektive 86 respondenter. Vårt index Interprofessionellt samarbete har jämförts mellan gruppen som har uppgiftsväxlat och gruppen som inte har uppgiftsväxlat för att undersöka om de upplever olika grad av samarbete.

Hypotes 2 förutsätter att uppgiftsväxling har effekter i form av våra oberoende variabler: Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden samt Professioner i konkurrens. Därav valde vi att göra en förberedande analys i form av Welch's oberoende t-test grupperna emellan, för att fastställa om uppgiftsväxling verkligen har dessa effekter. Vi kunde, genom den förberedande analysen, undersöka kopplingen mellan uppgiftsväxling och de effekter som forskning visar att uppgiftsväxling kan ha.

För att testa hypotes 2 gjorde vi därefter regressionsanalyser för att undersöka hur våra oberoende variabler (Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden samt Professioner i konkurrens) samvarierar med Interprofessionellt samarbete. Genom testerna kunde vi undersöka kopplingen mellan interprofessionellt samarbete och de effekter som forskning visar att uppgiftsväxling kan ha. Vi gjorde en regressionsanalys i gruppen som har uppgiftsväxlat och en i gruppen som inte har det, med de tre oberoende variablerna som prediktorer och indexet Interprofessionellt samarbete som den beroende variabeln. Vi valde att göra analyserna på gruppnivå för att ha möjligheten att se om resultaten skiljer sig mellan grupperna.

Resultat

Resultatredovisningen inleds med en presentation av enkätfrågan “Har du berörts av uppgiftsväxling?” från del 1 av vår enkät. Därefter kommer varje hypotesprövning att presenteras var för sig.

Tabell 2. Resultatet av enkätfrågan “Har du berörts av uppgiftsväxling?”. Variabeln finns angiven för stickprovet i sin helhet samt för respektive grupp.

Variabel	Har uppgiftsväxlat	Har inte uppgiftsväxlat	Alla
Berörts av uppgiftsväxling (%)			
Ja	56.4	43.0	52.1
Nej	21.0	22.1	21.3
Vet ej	22.7	34.9	26.6

Tabell 2 visar svaren på enkätfrågan “Har du berörts av uppgiftsväxling?”, vilket avser den subjektiva upplevelsen om medarbetaren i fråga personligen har uppgiftsväxlat. Grupperna “Har uppgiftsväxlat” och “Har inte uppgiftsväxlat” är istället gjorda utifrån den objektiva informationen från Landstingets HR-strateger om vilka avdelningar som har uppgiftsväxlat.

Resultatet visar att majoriteten i båda grupperna upplever att de har berörts av uppgiftsväxling. Cirka 20 % av respondenterna i vardera grupp svarade “nej” på frågan medan cirka 35 % av respondenterna i “har inte uppgiftsväxlat” respektive cirka 23 % i “har uppgiftsväxlat”, svarar att de inte vet.

Uppgiftsväxling och interprofessionellt samarbete

Vår första hypotes var att uppgiftsväxling försämrar det interprofessionella samarbetet, på grund av (iallafall delvis) de variabler som tas upp i Hypotes 2. Hypotes 1 prövades genom Welch’s oberoende t-test.

Resultatet blev att gruppen som har uppgiftsväxlat ($N = 181$; $M = 5.15$, $SD = 0.84$) inte upplever en signifikant skillnad i grad av samarbete, jämfört med gruppen som inte har uppgiftsväxlat ($N = 86$; $M = 4.93$, $SD = 1.05$), Welch’s $t(138.13) = 2.66$, $p = .105$.

Resultatet stödjer därmed inte Hypotes 1. Man kan dock säga att båda grupperna har ett bra samarbete, då respektive medelvärde är på den övre halvan av den sjugradiga skalan.

Predicerande faktorer: Förberedande analys

Innan vi kunde gå vidare och pröva Hypotes 2, gjorde vi en förberedande analys i form av Welch's oberoende t-test för variablerna Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden samt Professioner i konkurrens mellan gruppen som har uppgiftsväxlat och gruppen som inte har det. Våra hypoteser för den förberedande analysen var att gruppen som har uppgiftsväxlat skulle uppleva en högre grad av Tydlig hierarki samt Professioner i konkurrens, och lägre grad av Tydliga ansvarsområden, jämfört med gruppen som inte har uppgiftsväxlat. Hypotesprövningen gav följande resultat:

Gruppen som har uppgiftsväxlat ($N = 181$; $M = 3.81$, $SD = 1.50$) upplever en lägre grad av Tydlig hierarki, jämfört med gruppen som inte har uppgiftsväxlat ($N = 86$; $M = 4.34$, $SD = 1.75$), Welch's $t(145.67) = 5.86$, $p = .017$.

Gruppen som har uppgiftsväxlat ($N = 181$; $M = 4.65$, $SD = 1.30$) upplever ingen signifikant skillnad i grad av Tydliga ansvarsområden, jämfört med gruppen som inte har uppgiftsväxlat ($N = 86$; $M = 4.87$, $SD = 1.35$), Welch's $t(161.48) = 1.58$, $p = .210$.

Gruppen som har uppgiftsväxlat ($N = 181$; $M = 3.10$, $SD = 1.38$) upplever ingen signifikant skillnad i grad av Professioner i konkurrens, jämfört med gruppen som inte har uppgiftsväxlat ($N = 86$; $M = 2.88$, $SD = 1.31$), Welch's $t(175.24) = 1.60$, $p = .208$.

Vi använde oss av Bonferroni-korrekturen för att justera risken för Typ 1-fel och bestämde då att signifikansnivå skulle vara 0.013. Denna korrektion anses vara mycket konservativ, varpå vi väljer att tolka p -värdet för Tydlig hierarki (0.017) som ett meningsfullt resultat, trots att det är ett gränsfall som överstiger den bestämda signifikansnivån något. Resultatet visar att gruppen som inte har uppgiftsväxlat upplever högre grad av Tydlig hierarki, än gruppen som har uppgiftsväxlat. Resultatet visar därmed på en skillnad, men i motsatt riktning mot vår hypotes.

Vad gäller grad av Tydliga ansvarsområden och Professioner i konkurrens, finns ingen signifikant skillnad mellan gruppen som har uppgiftsväxlat, jämfört med gruppen som inte har det. Vi kan dock säga att båda grupperna kan anses ha hög grad av Tydliga ansvarsområden då medelvärdena ligger på den övre halvan av den sjugradiga skalan. Grupperna kan anses ha låg grad av Professioner i konkurrens, med motsvarande argument då medelvärdena för gruppen är under 3.5.

Interprofessionellt samarbete: Predicerande faktorer

Vår andra hypotes var att vissa effekter av uppgiftsväxling predicerar upplevt samarbete. De tre delhypoteserna var att Tydlig hierarki och Professioner i konkurrens skulle samvariera negativt med det upplevda samarbetet, medan Tydliga ansvarsområden skulle samvariera positivt. Denna hypotes prövades genom regressionsanalys.

Tabell 3. Resultat av regressionsanalys för prövning av hypotes 2. Grupperna “Har uppgiftsväxlat” och “Har inte uppgiftsväxlat” har testats var för sig och resultatet redogörs separat.

Prediktorer	b	SE b	β	R ²
Har uppgiftsväxlat				.252
Tydlig hierarki	-.212	.041	-.377*	
Tydliga ansvarsområden	.217	.043	.336*	
Professioner i konkurrens	-.024	.044	-.040	
Har inte uppgiftsväxlat				.277
Tydlig hierarki	-.019	.062	-.031	
Tydliga ansvarsområden	.307	.074	.393*	
Professioner i konkurrens	-.268	.081	-.333*	

Kommentar. * $p < .05$

R²-värdet för regressionsmodellen för gruppen som har uppgiftsväxlat är 0.252. Detta innebär att cirka 25 % av variationen inom interprofessionellt samarbete kan förklaras av prediktorerna Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden och Professioner i konkurrens. På samma sätt har gruppen som inte uppgiftsväxlat ett R²-värde på 0.277, vilket innebär att cirka 27 % av variationen inom interprofessionellt samarbete kan förklaras av prediktorerna.

Enligt regressionsanalysen predicerar Tydlig hierarki och Tydliga ansvarsområden det interprofessionella samarbetet i gruppen som har uppgiftsväxlat. De båda signifikanta resultaten går i linje med Hypotes 2: Tydlig hierarki samvarierar negativt och Tydliga ansvarsområden samvarierar positivt med grad av upplevt samarbete. Däremot finns det inte ett signifikant värde för Professioner i konkurrens, vilket innebär att det inte predicerar samarbetet inom gruppen som har uppgiftsväxlat.

I gruppen som inte har uppgiftsväxlat visar regressionsanalysen att Tydliga ansvarsområden och Professioner i konkurrens predicerar det interprofessionella samarbetet i gruppen. De båda signifikanta variablerna går i linje med Hypotes 2: Tydliga ansvarsområden samvarierar positivt och Professioner i konkurrens samvarierar negativt med grad av upplevt samarbete. Däremot finns det inte ett signifikant värde för Tydlig hierarki vilket innebär att det inte predicerar det interprofessionella samarbetet inom gruppen som inte har uppgiftsväxlat.

Diskussion

Vi har i diskussionen valt att behandla varje hypotesprövning och dess resultat var för sig, för att på slutet föra en övergripande diskussion där vår slutsats samt förslag på vidare forskning presenteras.

Uppgiftsväxling och interprofessionellt samarbete

Vår första hypotes var att uppgiftsväxling försämrar det interprofessionella samarbetet och prövades genom Welch's oberoende t-test. Resultatet blev att gruppen som har uppgiftsväxlat inte upplever en skillnad i grad av samarbete, jämfört med gruppen som inte har uppgiftsväxlat.

Att resultatet gick emot vår hypotes och var icke-signifikant kan grundas i flera bakomliggande orsaker. Vår studie var en tvärsnittsstudie och därav kan kausaliteten och risken för Typ 2-fel ifrågasättas. Ett Typ 2-fel skulle i vår studie vara att vi hävdar att uppgiftsväxling inte påverkar samarbetet men att det egentligen gör det. Vi kan med denna studie inte med säkerhet veta om det är uppgiftsväxling som påverkar samarbetet, tvärtom eller i själva verket någonting helt annat. Detta på grund av att vi mätte alla variabler vid en och samma tidpunkt. Undersökningen hade gjort sig bättre som longitudinell eller experimentell studie med randomisering till grupper, vilket hade givit oss information om kausalitet och möjligtvis ett annat resultat.

Resultatet kan även ifrågasättas med grund i att grupperna kanske inte är jämförbara på grund av deras storlek eller vilka professioner de innehåller. Detta är kritik som genomsyrar hela undersökningen och bör tas i aspekt. Det hade varit till studiens fördel att ha ett jämnare representation mellan professioner, exempelvis 100 undersköterskor, 100 sjuksköterskor och 100 läkare, för att senare göra ett beroende t-test, före och efter införandet av uppgiftsväxling.

Gruppernas medelvärden på indexet för upplevt interprofessionellt samarbete kan båda anses vara höga ($M = 5.15$ respektive 4.93). Att båda grupperna har ett väl fungerande samarbete är att belysa, då det är grunden till att vården ska fungera (Inspektionen för vård och omsorg, 2015; Ponzer et al., 2009; Rice et al., 2010; Herrmann et al., 2015; Lidskog, 2016).

Förberedande analys: Predicerande faktorer

I den förberedande analysen prövade vi om uppgiftsväxling hade effekter i form av Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden och Professioner i konkurrens. Vår hypotes var att gruppen som har uppgiftsväxlat skulle uppleva en högre grad av Tydlig hierarki och Professioner i konkurrens, samt en lägre grad av Tydliga ansvarsområden, jämfört

med gruppen som inte har uppgiftsväxlat. Resultatet blev att det inte råder en signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller Tydliga ansvarsområden eller Professioner i konkurrens. Däremot hittade vi en meningsfull skillnad gällande Tydlig hierarki. Gruppen som inte uppgiftsväxlat hade en högre grad av upplevd Tydlig hierarki jämfört med gruppen som har uppgiftsväxlat. Det fanns därmed en skillnad, men i motsatt riktning mot vår hypotes.

Återigen bör nämnas att vi, i vår tvärsnittsstudie, inte kan uttala oss om kausalitet. Detta blir extra tydligt här, då vi inte har en uppfattning om hur hierarkin, ansvarsområdena och professionerna förhåller sig till varandra innan uppgiftsväxling infördes i gruppen som har uppgiftsväxlat. Hierarkin kan, i själva verket, ha blivit tydligare än vad den var innan införandet av uppgiftsväxling.

Vår uppsats är avgränsad till att handla om sambanden mellan uppgiftsväxling och interprofessionellt samarbete och därmed är alla enkätfrågor formulerade att fokusera på hur dessa ämnen förhåller sig mellan professioner. Det kan kanske även finnas en hierarki, konkurrens och otydliga ansvarsområden inom en profession, som alltså rör ett intraprofessionellt samarbete. Denna aspekt fångades inte in av vår undersökning och det kan ha påverkat resultatet.

Vi vill belysa faktumet att våra resultat i den förberedande analysen, är rimliga trots att de går emot vår hypotes. Hypotesen sattes utifrån tidigare forskning som visat att tydlig hierarki (Colvin et al., 2013; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009), otydliga ansvarsområden och professioner i konkurrens (Zachariah et al., 2009; Dambisya & Matinhure, 2012; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009) kan vara effekter av uppgiftsväxling och att de kan leda till sämre samarbete. Eftersom hypotesprövning 1 visade att det inte finns någon signifikant skillnad i upplevt samarbete mellan en grupp som har uppgiftsväxlat jämfört med en grupp som inte har det, är det rimligt att effekterna av uppgiftsväxling som ger försämrat samarbete inte heller visade sig.

Med det sagt, det finns en högre grad av upplevd tydlig hierarki i gruppen som inte har uppgiftsväxlat, jämfört med den som har uppgiftsväxlat. Vi hittar alltså en meningsfull skillnad, men som går emot vår hypotes för den förberedande analysen. Detta fick oss att fundera på hierarki och vad den kan bero på. Efter att ha sökt forskning som kunde hjälpa oss att få klarhet i begreppet, blev det tydligt för oss; hierarki är komplext. Till exempel menar Saaty (1990) att hierarki är byggt av beståndsdelar som, beroende på kontext, viktas olika. Det är därav svårt att avgöra vilken beståndsdel som har mest inflytande gällande nivån av upplevd hierarki. En rad forskare har studerat det Saaty (1990) tar upp och även de lyfter att hierarki är komplext och kontextbaserat (se t.ex. Corrente, Doumpos, Greco, Słowiński & Zopounidis, 2015; Abedi & Abedini, 2016; Chen, Jin, Qiu & Chen, 2014). Därav kan det kritiseras att vi försökt täcka in ett så komplext område med enbart en enkätfråga, som heller inte tar hänsyn till kontext. Dock har komplexiteten av hierarki inte belysts i den tidigare forskning som gjorts gällande hierarki i relation till uppgiftsväxling, vilket förklarar den tolkning vi gjort. Trots detta bör vi vara ödmjuka inför möjligheten att det sannolikt är fler faktorer än uppgiftsväxling som påverkar en tydliggjord hierarki.

Vad gäller Tydliga ansvarsområden, visade vår undersökning inte på någon signifikant skillnad mellan gruppen som har uppgiftsväxlat jämfört med gruppen som inte har det. Vi kan säga att ansvarsområdena upplevs som tydliga i båda grupperna, då deras medelvärden är på den övre halvan av den sjugradiga skalan ($M = 4.65$ respektive 4.87). Att vi inte ser en signifikant skillnad i Tydliga ansvarsområden kan bero på att tydlighet är särskilt viktigt inom vården och förenat med risker. Brister i tydliga ansvarsområden har bland annat visat sig kunna leda till att patienter inte får rätt information (Auyeung et al., 2011). Att det inte var någon signifikant skillnad mellan gruppen som har uppgiftsväxlat jämfört med gruppen som inte har det, kan alltså handla om att man inom hälso- och sjukvården är måna om att tydliggöra ansvarsområdena för att verksamheten ska fungera. Enligt vår undersökning råder det alltså ingen större förvirring eller otydlighet gällande vilken profession som ska göra vad, vilken kan tyda på att implementeringen av uppgiftsväxling har varit tydlig.

Resultatet av enkätfrågan "Har du berörts av uppgiftsväxling?" vittnar dock om att uppgiftsväxling inte upplevts så tydligt av respondenterna (se Tabell 2). En faktor som kan ha skapat en förvirring hos medarbetarna kring om uppgiftsväxling införts eller inte, är att det finns vissa personer i gruppen som har uppgiftsväxlat som inte personligen har berörts av uppgiftsväxling. I gruppen "Har uppgiftsväxlat" har nämligen alla avdelningar uppgiftsväxlat, vilket omfattar majoriteten av de anställda på dessa avdelningar, men inte samtliga. Det är därför rimligt att några respondenter i gruppen "Har uppgiftsväxlat" svarar nej på frågan "Har du berörts av uppgiftsväxling?". Dock bör rimligtvis inte en så pass stor andel av respondenterna ha svarat "nej" som vårt resultat visar.

Däremot, i gruppen "Har inte uppgiftsväxlat", har uppgiftsväxling inte införts överhuvudtaget, enligt uppgifter från HR-strateg. I gruppen som har uppgiftsväxlat borde därför majoriteten ha svarat "ja" på frågan om de berörts av uppgiftsväxling, medan det inte borde vara en enda person som svarar "ja" i gruppen som inte har uppgiftsväxlat. Siffrorna är dock helt annorlunda, varav en relativt stor andel i båda grupperna svarat "vet ej". Denna enkätfråga (se Tabell 2 och Bilaga 2) har därav givit oss en indikation på att det kan råda en bristfällig kommunikation gällande uppgiftsväxling inom Landstinget. Callaghan et al. (2010) samt Dambisya och Matinhure (2012) menar att en tydlig kommunikation och att involvera alla aktörer vid implementeringen av uppgiftsväxling är avgörande för ett gynnsamt resultat. Författarna menar att en konsekvens av en bristande kommunikation kan vara otydliga ansvarsområden och professioner i konkurrens. Däremot har vår undersökning inte visat på några av dessa effekter, vilket kan tyda på en tydlig kommunikation vid implementeringen.

Vad gäller Professioner i konkurrens finns heller ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Till skillnad från Tydliga ansvarsområden visar dock resultaten från t-testet av variabeln Professioner i konkurrens på relativt låga medelvärden ($M = 3.10$ respektive 2.88). Vi ställer oss frågan om vår enkätfråga kan ha misstolkats. Frågan för denna variabel i enkäten löd "I vilken utsträckning upplever du att det är konkurrens om arbetsuppgifter mellan professioner på din arbetsplats?" och kan då ha tolkats som att professionerna skulle konkurrera om mängden arbete. Inom hälso- och sjukvården råder

en pressad situation med personalbrist, både lokalt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016b) och globalt (O'Brien-Pallas et al., 2001). Har respondenterna tolkat frågan som konkurrens om mängden arbete, är det förståeligt att de svarat låga värden, på grund av att läget inom hälso- och sjukvården snarare är att samtliga professioner har för mycket att göra och inte behöver konkurrera med varandra. Syftet med vår enkätfråga var att handla om konkurrens mellan professioner om kvalificerade uppgifter, alltså att det blir tydligt vilka uppgifter det inte är nödvändigt att en viss profession med en viss kompetens utför. Ett exempel på en sådan uppgift är administration, som någon lägre i hierarkin får ta över i och med uppgiftsväxling. Frågans otydliga formulering kan ha påverkat resultatet.

Vår hypotes var att uppgiftsväxling försämrar samarbetet. Detta var på grund av de effekter som uppgiftsväxling hade visat sig kunna ha i tidigare forskning. Det bör tas i beaktning vid tolkning av resultatet, att hypotesen om effekterna otydliga ansvarsområden och professioner i konkurrens är baserade på forskning gjord av Zachariah et al. (2009), Dambisya och Matinhure (2012) samt Tantchou Yakam och Gruénais (2009) i en afrikansk kontext i HIV-drabbade områden. Vi ville, med vår undersökning, bidra till forskningen gällande effekterna av uppgiftsväxling i en västerländsk hälso- och sjukvårdsmiljö. Vår undersökning visade dock att det inte finns några signifikanta skillnader vad gäller dessa effekter mellan en grupp som har uppgiftsväxlat och en som inte har det. Frågan kan därför ställas om effekterna som fanns i tidigare forskning inte är generaliserbara till vår kontext. Beror resultaten i tidigare forskning på kultur, infrastruktur, normer, arbetsförhållanden eller någonting helt annat? Även i denna fråga blev vår studies bristande insyn i kausalitet ett problem.

Interprofessionellt samarbete: Predicerande faktorer

Vår andra hypotes bestod av tre delhypoteser, att Tydlig hierarki och Professioner i konkurrens skulle samvariera negativt med det upplevda samarbetet, medan Tydliga ansvarsområden skulle samvariera positivt. Resultatet blev att Tydlig hierarki och Tydliga ansvarsområden predicerar det interprofessionella samarbetet i gruppen som har uppgiftsväxlat. I gruppen som inte har uppgiftsväxlat visar regressionsanalysen att Tydliga ansvarsområden och Professioner i konkurrens predicerar det interprofessionella samarbetet.

R^2 -värdena för regressionsmodellerna i de respektive grupperna är låga ($R^2 = 0.252$ respektive 0.277) enligt flera standardiserade förslag på cut off-värden (Field, 2014). Dock vill vi beakta svårigheten med att mäta mänskligt beteende och att skapa modeller som täcker in merparten av variationen i grupper. Denna invändning kan motivera att modellen kan vara meningsfull trots de låga R^2 -värdena.

Gruppen som inte har uppgiftsväxlat har en högre grad av upplevd hierarki än gruppen som har uppgiftsväxlat, enligt resultatet från hypotesprövning 1. Enligt regressionsanalysen predicerar dock Tydlig hierarki det upplevda samarbetet i gruppen

som har uppgiftsväxlat, men däremot inte i gruppen som inte har uppgiftsväxlat. Det finns alltså en tydligare hierarki i gruppen som inte har uppgiftsväxlat men det predicerar inte samarbetet. Hierarkin upplevs inte som lika tydlig i gruppen som har uppgiftsväxlat, men det predicerar ändå det upplevda samarbetet. Detta resultat går emot tidigare forskning, då Rice et al. (2010) menar att hierarkiska strukturer påverkar det interprofessionella samarbetet negativt. Här ser vi att samarbetet inte prediceras av hierarki i en grupp med en hög grad av hierarki.

Vi ställer frågan om det här kan röra sig om en takeffekt (ceiling effect). Detta kan innebära att värdet för en variabel blir så högt att det inte har utrymme att variera (Cramer & Howitt, 2011). I vårt fall skulle detta kunna visa sig i form av att när värdena för Tydlig hierarki slår i taket, slutar det att vara en prediktor. Vid lägre grad av hierarki kan fenomenet däremot få ett utrymme att spela en roll för samarbetet. Dock är medelvärdena för grupperna ($M = 3.81$ respektive 4.34 , där 7 är maxvärde) inte så pass höga att vi bedömer att det är troligt att resultatet beror på en takeffekt.

Tydliga ansvarsområden är signifikant som prediktor i båda grupperna i regressionsanalysen och de samvarierar positivt med upplevt interprofessionellt samarbete. Detta stämmer överens med vår hypotes och tidigare forskning som menar att en otydlig gränsdragning mellan professioners ansvarsområden påverkar samarbetet negativt (Herrmann et al., 2015; Zachariah et al., 2009; Dambisya & Matinhure, 2012; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009).

Professioner i konkurrens är signifikant i gruppen som inte har uppgiftsväxlat och samvarierar negativt med upplevt interprofessionellt samarbete. Detta stämmer överens med vår hypotes och tidigare forskning, som pekar på att konkurrens mellan professioner påverkar samarbetet på ett negativt sätt (Carlisle et al., 2004; Zachariah et al., 2009; Dambisya & Matinhure, 2012; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009). I gruppen som har uppgiftsväxlat predicerar dock inte Professioner i konkurrens det upplevda interprofessionella samarbetet, något som går emot vår hypotes. En fråga som kan ställas är om ett signifikant värde hade funnits vid en större undersökning, till exempel om vi hade haft möjligheten att skicka ut enkäten till 4910 istället för 491 respondenter och med det haft en högre statistisk power i vår undersökning. Detta bör dock inte gälla i vårt fall, då det observerade p -värdet för variabeln Professioner i konkurrens var 0.584 , vilket kan klassas som så pass högt att det inte borde förändras markant vid ett större stickprov.

Slutsats och avslutande diskussion

Vår enkät mottogs totalt av 491 respondenter, varav 323 svarade. Detta gav en svarsfrekvens på 65.78% och ett bortfall på 168 respondenter. Det är inte möjligt för oss att analysera vad bortfallet beror på, då vi inte har information om de som inte svarade och heller inte kan se några mönster. Övergripande kritik mot vår data gäller kausalitet och icke-jämförbara grupper. Detta bör tas i beaktning vad gäller samtliga tolkningar av

våra resultat. I och med vårt bekvämlighetsurval samt tvärsnittsdesign kan man inte se resultatet som fakta, utan snarare som tendenser och indikationer.

Med detta i åtanke, kan vår studie dock ge både praktiska och teoretiska implikationer. Vår studie visar ingen signifikant skillnad i upplevt interprofessionellt samarbete mellan en grupp som har uppgiftsväxlat och en grupp som inte har det. Möjliga effekter av uppgiftsväxling i form av Tydlig hierarki, Tydliga ansvarsområden och Professioner i konkurrens visar sig heller inte i gruppen som har uppgiftsväxlat jämfört med gruppen som inte har det (bortsett från Tydlig hierarki som visar på omvänd effekt mot vår hypotes). Regressionsanalysen visar att några av de möjliga effekterna av uppgiftsväxling predicerar upplevt interprofessionellt samarbete. I gruppen som har uppgiftsväxlat predicerar Tydlig hierarki och Tydliga ansvarsområden det interprofessionella samarbetet. I gruppen som inte har uppgiftsväxlat visar regressionsanalysen att Tydliga ansvarsområden och Professioner i konkurrens predicerar det interprofessionella samarbetet.

Samarbete verkar därmed associeras med vissa av de möjliga effekterna av uppgiftsväxling. Associationerna verkar dock inte bero på uppgiftsväxling. De kan i själva verket bero på andra möjliga bakomliggande faktorer som inte har undersökts inom ramen för denna uppsats. Det gör att sambandet mellan uppgiftsväxling och samarbete är fortsatt oklart, eller kanske inte alls existerar. Resultatet kunde fås fram tack vare att vi valde att göra en förberedande analys som direkt undersökte om de möjliga effekterna av uppgiftsväxling skiljde sig åt mellan gruppen som har uppgiftsväxlat och gruppen som inte har det. Sedan möjliggjorde regressionsanalysens sambanden mellan prediktorerna och interprofessionellt samarbete i respektive grupp.

För att få mer klarhet i vilka effekter uppgiftsväxling har och deras eventuella samband med samarbete, krävs mer forskning på området. Vi ser ett behov av en större undersökning där många möjliga effekter behandlas och utvärderas, för att utifrån detta kunna bygga en kunskapsbas om vilka effekter uppgiftsväxling har inom hälso- och sjukvården. Enligt en HR-strateg på vår studieorganisation Landstinget råder det en rädsla för uppgiftsväxling på HR inom organisationen, på grund av att man inte vet vilka effekter det kan få. Vår studie kan visa på att en implementering av uppgiftsväxling inte behöver medföra radikala konsekvenser för samarbetet, vilket i förlängningen kan hjälpa HR att motivera förändringen och därmed en resursbesparing.

I vår litteratursökning kring effekterna av uppgiftsväxling, identifierade vi att en huvudsaklig mängd forskning på ämnet är utförd i HIV-drabbade områden i Afrika och det är även hit riktlinjerna kring uppgiftsväxling från World Health Organization (2008) syftar. Nu sprider sig dock uppgiftsväxling alltmer till västerländsk kontext, och det finns viss forskning gjord även här (se t.ex. Colvin et al., 2013). Callaghan et al. (2010) menar att kontexten måste tas i beaktning när uppgiftsväxling införs och att mer forskning krävs inom detta område för att fylla det befintliga gapet. Även vår studie kan bidra till att se det ökade behovet inom det personalvetenskapliga området, av att undersöka effekterna av uppgiftsväxling i fler kontexter. Vår undersökning visar att uppgiftsväxling i västerländsk vårdkontext inte ger de effekter som afrikansk forskning visar, nämligen

otydliga ansvarsområden och professioner i konkurrens (Zachariah et al., 2009; Dambisya & Matinhure, 2012; Tantchou Yakam & Gruénais, 2009).

En fråga som dykt upp under arbetets gång gäller tydliga ansvarsområden och den eventuella kopplingen som kan finnas mellan detta och implementeringen av uppgiftsväxling. Vår studie visar på en otydlighet i vetenskapen om man själv har berörts av uppgiftsväxling men däremot en tydlighet i vilka ansvarsområden som gäller, både innan och efter införandet av uppgiftsväxling. Denna diskussion har väckt frågor om hur en implementering av uppgiftsväxling bör gå till för att ge bästa möjliga effekter och vilka risker det finns i en otydlig kommunikation. Kan uppgiftsväxling göras enligt "best practice" eller måste det göras enligt "best fit"? Spelar det i själva verket ingen roll om man själv vet om man har berörts av uppgiftsväxling? Här identifierar vi ett framtida forskningsgap inom personalvetenskapen.

De senaste åren har det funnits tendenser på att samarbetsklimatet i Sverige håller på att förändras (World Values Survey, 2017; European Agency for Safety and Health, 2016). Ett gott samarbete inom hälso- och sjukvården är dock av största vikt för att leverera vård till patienterna (Inspektionen för vård och omsorg, 2015; Rice et al., 2010; Herrmann et al., 2015), vilket kan försvåras av den stora personalbristen som råder inom sektorn. Personalbristen tros även fortskrida framöver (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016b), varpå uppgiftsväxling ses som en möjlig lösning (Henderson et al., 2013). Därav behöver HR inom hälso- och sjukvården se till att uppgiftsväxling och samarbete kan verka i symbios för att garantera bästa möjliga vård till patienterna.

Referenser

- Abedi, G., & Abedini, E. (2016). Prioritizing of marketing mix elements effects on patients' tendency to the hospital using analytic hierarchy process. *International Journal of Healthcare Management*, 10, 34-41.
doi:10.1080/20479700.2016.1231435
- AFS 2015:4. *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Andersen, T., & Hällstén, F. (2016, september). *Nordic HRM – Distinctiveness and resilience*. Paper presenterat på the 11th. ILERA European Congress, Milano, Italien.
- Auyeung, V., Patel, G., McRobbie, D., Weinman, J., & Davies, G. (2011). Information about medicines to cardiac in-patients: patient satisfaction alongside the role perceptions and practices of doctors, nurses and pharmacists. *Patient Education and Counseling*, 83, 360-366. doi:10.1016/j.pec.2011.04.028
- Bihari Axelsson, S., & Axelsson, R. (2016). Från revirtänkande till altruism. I J. Berlin & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg* (s. 189-206). Lund: Studentlitteratur AB.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.
- Bryman, A. (2015). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 8, 1-9.
doi:10.1186/1478-4491-8-8
- Carlisle, C., Cooper, H., & Watkins, C. (2004). "Do none of you talk to each other?": The challenges facing the implementation of interprofessional education. *Medical Teacher*, 26, 545-552. doi:10.1080/61421590410001711616
- Chen, T., & Chen, J. (2014). A hybrid fuzzy evaluation method for safety assessment of food-waste feed based on entropy and the analytic hierarchy process methods. *Expert Systems with Applications*, 41, 7328-7337. doi:10.1016.2014.06.006
- Colvin, C., de Heer, J., Winterton, L., Mellenkamp, M., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., & Rashidian, A. (2013). A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*, 29, 1211-1221. doi:10.1016/j.midw.2013.05.001
- Corrente, S., Doumpos, M., & Greco, S. (2017). Multiple criteria hierarchy process for sorting problems based on ordinal regression with additive value functions. *Annals of Operations Research*, 251, 177-139. doi:10.1007/s10479-015-1898-1
- Cramer, D., & Howitt, D. (2011). *The Sage dictionary of statistics a practical resource for students in the social sciences*, Thousand Oaks, CA. London: Sage Publications.
- Cruess, S.R., Johnston, S., & Cruess R.L. (2002). Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *Medical Journal of Australia*, 24, 208–211.
- Dambisya, Y-M., & Matinhure, S. (2012). Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda: a case study. *BMC Health Services Research*, 12, 1-10.

doi:10.1186/1472-6963-12-61

- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 1*, 116–131. doi:10.1080/13561820500082529
- Dunér, A., & Wolmesjö, M. (2015). Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work, 18*, 354-369. doi: 10.1080/13691457.2014.908166
- European Agency for Safety and Health at Work. (2016). *Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evetts J. (1999). Professionalisation and professionalism: issues for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care, 13*, 119–128.
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology Review, 61*, 778–796. doi:10.1177/0011392113479316
- Field, A. (2014). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. London: SAGE Publications Ltd.
- Henderson, A., Paterson, K., Burmeister, L., Thomson, B., & Young, L. (2013). Staff perception of leadership during implementation of task shifting in three surgical units. *Journal of Nursing Management, 21*, 368–376. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01401.x
- Herrmann, G., Woermann, U., & Schlegel, C. (2015). Interprofessional Education in Anatomy: Learning Together in Medical and Nursing Training. *Anatomical Sciences Education, 8*, 324-330. doi:10.1002/ase.1506
- Inspektionen för vård och omsorg. (2015). *Samverkan i förlossningsvården och mellan BUP och elevhälsan*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Kvarnström, S., & Cederlund, E. (2016). Självpresentationer i vårdteam. I J. Berlin & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg* (s. 163-186). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lidskog, M. (2016). Att lära med, av och om varandra. I J. Berlin & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg* (s. 109-130). Lund: Studentlitteratur AB.
- McNair R. P. (2005). The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education, 39*, 456–464. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02116.x
- O'Brien-Pallas, L., Baumann, A., Donner, G., Tomblin Murphy, G., Lochhaas-Gerlach, J., & Luba, M. (2001). Forecasting models for human resources in health care. *Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship, 33*, 120–129. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01645.x
- Ponzer, S., Faresjö, T., & Mogensen, E. (2009). Framtidens vård kräver interprofessionellt samarbete. *Läkartidningen, 106*, 929-931.
- Rice, K., Zwarenstein, M., Gotlib Conn, L., Kenaszchuk, C., Russell, A., & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and

- communications: a comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 350-361. doi: 10.3109/13561820903550713
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine* 55, 991–1003.
- Statistiska Centralbyrån. (2016). *Inom vården finns Sveriges vanligaste yrken*. Hämtad 2017-05-15 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/sveriges-vanligaste-yrken/>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2016a). *Landstingsanställd personal*. Hämtad 2017-05-05 från <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenidiagram ochsiffror/tabellerlandstingsanstalldpersonal2016.11576.html>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016b). *Hälso- och sjukvården år 2035*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Tantchou Yakam, J.C.Y., & Gruénais, M.-E. (2009). Involving new actors to achieve ART scaling-up: difficulties in an HIV/AIDS counselling and testing centre in Cameroon. *International Nursing Review*, 56, 50–57.
- Thomson, A-M., Perry, J. M., & Miller, K. T. (2007). Conceptualizing and Measuring Collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19, 23-56. doi:10.1093/jopart/mum036
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- World Health Organization (2008). *Task shifting - Global recommendations and guidelines*. Genève: World Health Organization.
- World Values Survey. (2017). *Innovative and Inspiring: New Publications by the Founding President of the WVSA Ronald Ingelehart!*. Hämtad 2017-02-05 från <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSCContents.jsp>
- Wärngård, M. (2017, april 5). “Det bästa projekt som gjorts”. *Dagens Medicin*, 14-15.
- Zachariah, R., Ford, N., Philips, M., Lynch, S., Massaquoi, M., Janssens, V., & Harries, A-D. (2009). Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103, 549–558. doi:10.1016/j.trstmh.2008.09.019

Bilagor

Bilaga 1 - Missivbrev

Hej!

Vi heter Elin Almroth och Viktoria Forslund Hedman och vi studerar sista terminen på Personalvetarprogrammet vid Göteborgs universitet. Vi har fått i uppdrag av XXX att utföra vår undersökning på din avdelning. Under våren skriver vi vårt examensarbete, där vi undersöker uppgiftsväxling och nya arbetssätt; ett fokusområde i XXX Budget 2017. Uppgiftsväxling har också benämnts som exempelvis workshifting och kompetensväxling. Syftet är att utvärdera hur uppgiftsväxling påverkar samarbetet mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården.

Insamlingen av underlag till undersökningen sker via en enkätundersökning som skickas ut till ca 600 utvalda medarbetare, varav du är en. Du kan besvara enkäten till och med den 23 april 2017.

Enkäten kommer att behandlas konfidentiellt och du kommer att vara helt anonym. Det är endast kvalificerade personer som har behörighet att ta del av dina enskilda svar. De sammanlagda resultatet kommer att presenteras i en rapport som XXX kommer få del av i ett senare skede. Ditt deltagande är helt frivilligt, men vi skulle innerligt uppskatta ditt deltagande. Du kan avbryta din medverkan när du vill.

Enkäten tar cirka 3-4 minuter att besvara.

Har du funderingar eller frågor kring undersökningen får du gärna höra av dig till oss. Tack på förhand för ditt deltagande!

Elin Almroth, XXX@gmail.com

Viktoria Forslund Hedman, XXX@gmail.com

Bilaga 2 - Enkät

Del 1

Viktig information

Följande enkät fokuserar på frågor om samarbetet på din avdelning.

Vi vill återigen poängtera att du som deltagare är helt anonym. Uppgifter som kan påverka anonymiteten (såsom ålder, kön och vilken avdelning du arbetar på) kommer endast att hanteras av studenterna som genomför studien och de detaljerna kommer inte framgå i rapporten. I undersökningen kommer XXX att benämnas som Landstinget.

Vilken är din nuvarande arbetsplats?

Ange i följande format: Avdelning/mottagning, sjukhus (exempel: Kirurgmottagningen, Göteborgs sjukhus)

Kön

Kvinna

Man

Övrigt = könsöverskridande identitet

Ålder

0 - 100 år

Anställningstid inom XXX

0 - 50 år

Vilken profession anser du dig tillhöra?

Profession avser det du utbildat dig till och som idag är din yrkestillhörighet.

Administratörer, t ex assistent, kanslist, receptionist, telefonist

Arbetsterapeut

AT-läkare

Barnmorska

Barnsköterska

Behandlingsassistent, socialpedagog

Biomedicinsk analytiker

Chef - över annan chef

Första linjens chef

Förvaltningschef

Handläggare, t ex ekonom, HR-specialist, kommunikatör, IT-handläggare

Kurator
Köks och måltidsarbete
Logoped
Psykolog
Sjukgymnast/Fysioterapeut
Sjukhustekniker, lag.personal, sjukhusfysiker, sjukhuskemist
Sjuksköterska
Skötare
Specialisttandläkare
Tandläkare
ST-tandläkare
Tandsköterska
Tandhygienist
Specialistutbildad läkare
Specialistutbildad sjuksköterska
Specialpedagog
ST-läkare
Städ, tvätt och renhållningsarbete
Undersköterska
Vårdadministrativ sekreterare, medicinsk sekreterare
Annan yrkeskategori inom rehabilitering och förebyggande arbete
Annan yrkeskategori inom socialt kurativt arbete
Annan yrkeskategori inom vård och omsorgsarbete
Annan yrkeskategori:

Har du berörts av uppgiftsväxling?

Uppgiftsväxling handlar om att nyttja den kompetens som finns på ett optimalt sätt samt att rätt person med rätt kompetens ska göra rätt sak. Detta görs genom förändrad arbetsfördelning och rolltagning mellan olika yrkesgrupper, vilket syftar till att frigöra mer tid för patienten.

Ja
Nej
Vet ej

Del 2

I vilken utsträckning upplever du att du och andra medarbetare tar ett gemensamt ansvar för att nå resultat?

	Inte alls						I mycket hög utsträckning
Svar :	1	2	3	4	5	6	7

I vilken utsträckning upplever du att du och andra medarbetare fattar gemensamma beslut?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att du och andra medarbetare har gemensamma mål?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att alla professioner på din arbetsplats är dina kollegor?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att kunskap och erfarenhet leder till inflytande på din arbetsplats?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att du och andra medarbetare har likvärdigt inflytande i det dagliga arbetet?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning har du tillit till övriga professioner på din arbetsplats?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att alla professioner bidrar och är delaktiga på ett likvärdigt sätt i det dagliga arbetet?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

Del 3

I vilken utsträckning upplever du att det råder en hierarki mellan professioner på din arbetsplats?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att det är konkurrens om arbetsuppgifter mellan professioner på din arbetsplats?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att det är tydligt vad andra professioner på din arbetsplats har för ansvarsområden?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

Del 4

I vilken utsträckning upplever du att bemanningen på din avdelning är optimerad efter patienternas behov?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper på din avdelning är optimal efter verksamhetens uppdrag?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

I vilken utsträckning upplever du att arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper på din avdelning är optimal efter verksamhetens uppdrag?

Inte alls
Svar : 1 2 3 4 5 6 7
I mycket hög utsträckning

Övriga synpunkter: