



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Interprofessionell samverkan på en vårdcentral som använder organisationsmodellen Integrerad beteendehälsa (IBH)

Agnes Kleine

Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet

SAHS05 Examensarbete

VT 2022

Handledare: Stig Linde

Abstract

Author: Agnes Kleine

Title: Interprofessional teamwork at a primary health care center that uses the organizational model Primary Care Behavioral Health. (Integrerad beteendehälsa, IBH)

Supervisor: Stig Linde

Assessor: Alexandru Panican

The aim of this study was to examine the interprofessional teamwork at a primary healthcare center that uses the IBH model concerning how the different professions interact in the care of people with mental illness.

The method chosen was seven semi-structured interviews with different professions that work at a primary health care center in Southern Sweden that uses the organizational model IBH. The professions that were interviewed were counselors, psychologists, nurses, doctors as well as physiotherapists.

The collected empirical data was analyzed with the support of the theory of professions and the theory of cooperation and interprofessional teams.

The results showed that the IBH model contributes to increased interprofessional collaboration at the primary healthcare center. Another finding was that the model contributes to an increased focus on the work with mental health and that the professions that primarily work with these patients, that is the counselors and psychologists, get a more prominent and central role. The study also showed that all the interviewed professions saw clear benefits with the model and the interprofessional collaboration that the model contributes to. The counselors and psychologists become more integrated at the primary healthcare center and the other professions get a reduced workload in different ways when they get support in how mental health can be handled.

Keywords: *Interprofessional teams, Primary Care Behavioral Health, mental illness, primary healthcare,*

Innehållsförteckning

Inledning och problemformulering	5
<i>Syfte</i>	7
<i>Frågeställningar</i>	8
Beskrivning av organisationsmodellen IBH - Integrerad beteendehälsa	8
<i>Hög tillgänglighet</i>	9
<i>Korta, fokuserade behandlingar</i>	9
Gruppbehandlingar.....	10
<i>Interprofessionell samverkan</i>	10
Samsyn.....	10
Dokumentation.....	10
Medsittningar.....	10
Tillgänglighet för samverkan.....	11
Kunskapsläge	11
<i>Interprofessionella team</i>	12
<i>För- och nackdelar med teamarbete</i>	12
<i>Kunskap om varandras kompetens</i>	13
<i>Kommunikation</i>	14
<i>Strukturer för teamarbete</i>	14
Teoretiskt ramverk	16
<i>Professionsteori</i>	16
<i>Samverkan och tvärprofessionella team</i>	18
Metod	21
<i>Val av metod</i>	21
<i>Metodologiska överväganden</i>	22
Urval.....	22
Metodens förtjänster och begränsningar.....	23

Metodens tillförlitlighet	24
Bearbetning och analys	25
Val av teori.....	26
Forskningsetiska överväganden	26
Resultat.....	27
<i>Hög tillgänglighet.....</i>	<i>28</i>
<i>Korta, fokuserade behandlingar</i>	<i>30</i>
Gruppbehandlingar.....	30
<i>Interprofessionell samverkan.....</i>	<i>31</i>
Samsyn.....	32
Dokumentation.....	34
Medsittningar.....	35
Tillgänglighet för samverkan	35
<i>IBH:s inverkan på de olika professionernas roller</i>	<i>35</i>
Psykolog/kurator	36
Läkare/sjuksköterska	37
Analys	40
<i>Förändrad teamsamverkan.....</i>	<i>40</i>
<i>Teamarbetets för- och nackdelar</i>	<i>41</i>
<i>Organisatoriska konsekvenser för yrkesgrupperna</i>	<i>43</i>
<i>Psykosociala gruppens centrala roll.....</i>	<i>45</i>
Avslutande diskussion.....	46
Referenslista	49
Bilaga 1.....	52
Bilaga 2.....	53

Inledning och problemformulering

SVT har under våren 2022 haft en programserie om primärvården i Sverige där det har framgått att arbetsmiljön inom primärvården är ohållbar på grund av att arbetsbelastningen är alldeles för hög. Flera läkare vittnar om att arbetssituationen riskerar att äventyra patientsäkerheten (SVT nyheter 2022).

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att primärvårdens främsta uppdrag är att svara för öppen vård till alla invånare oavsett ålder, patientgrupp eller sjukdom där det inte bedöms finnas behov av specialiserade medicinska resurser eller annan specialiserad kompetens. Vården ska vara lätt tillgänglig och erbjuda förebyggande insatser.

Primärvården är första vårdnivån, och det är dit patienter i första hand ska vända sig för att få en bedömning av sina hälso- och sjukvårdsbehov (SOU 2018:39). Det innebär att vårdcentralen utgör basen inom sjukvården i stort (Region Skåne 2022). På vårdcentralen arbetar personal som har bred kompetens och erbjuder hjälp med bland annat de vanligaste sjukdomarna, kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa samt olika skador (ibid.). Vårdcentralen har därmed en viktig roll i hälso- och sjukvården då en välfungerande primärvård utgör basen för en god sjukvård i stort. Av SOU 2018:39 framgår att en av utmaningarna för primärvården är att kunna möta en åldrande befolkning där varje patient ofta har flera olika diagnoser. På grund av svårighet att få en snabb tid i primärvården, bristen på kontinuitet och avsaknad av långvariga och väl fungerande relationer söker sig många patienter till akutvården på sjukhus i stället för primärvården. Vård på sjukhus, eller inom akutsjukvården, som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i bristande vård för patienten även i höga kostnader (ibid.).

För att klara av att möta framtidens behov och vara det val som befolkningen i första hand väljer är det viktigt att primärvården har en mycket god tillgänglighet till de insatser som omfattas av uppdraget. SOU (2018:39).

Som ovan nämnts ingår det i primärvårdens uppdrag att behandla både fysiska och psykosociala besvär. I uppdraget ingår även rehabiliterande, hälsofrämjande

och sjukdomsförebyggande insatser avseende fysisk såväl som psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2016).

Folkhälsomyndighetens årsrapport från 2022 visar att psykiska besvär fortsätter att öka. Ångestsyndrom och depression är allvarliga hälsotillstånd som ofta innebär ett stort lidande. I Socialstyrelsens (2021) nationella riktlinjer avseende ångest och depression framkommer att cirka en fjärdedel av befolkningen får ångestsyndrom och nästan en tredjedel får depression någon gång i livet (Socialstyrelsen 2021). Många av dessa personer söker vård för sina symtom i primärvården och mer än 70 procent av alla som söker för depressiva eller ångestrelaterade besvär får vård inom primärvården. Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en långvarig sjukdom och ökad risk för suicid. Det är därmed viktigt att primärvården snabbt kan bedöma och utreda dessa patienter för att kunna erbjuda rätt behandling i ett tidigt skede. I princip bör alla med lindriga och medelsvåra depressioner och ångestsyndrom kunna erbjudas psykologisk behandling. För detta krävs en hög tillgänglighet i hälso- och sjukvården (ibid.). Åsbring, Dal, Ohrling, & Dalman (2014) anger dock att av de patienter som sökte vård för psykiska besvär i Stockholms län, fick endast tre procent träffa kurator, psykolog eller psykoterapeut.

Socialstyrelsens (2021) rekommendationer är att hälso- och sjukvården bör erbjuda hög tillgänglighet till en första bedömning för personer med symtom på depressiva eller ångestrelaterade besvär för att kunna sätta in rätt behandling tidigt. Hög tillgänglighet innebär snabb tillgång till besök, telefontillgänglighet, öppethållande, bemanning och personal med kunskap om psykisk ohälsa (ibid.). Samtidigt är vården politiskt styrd och ekonomiska prioriteringar har blivit mer och mer framträdande (Gåfvells 2014). Den svenska primärvården har under lång tid varit åsidosatt ekonomiskt i jämförelse med andra vårdinsatser (SOU 2018:39). Enligt myndigheten för vård och omsorgsanalys (2017) har primärvårdens resurser i relation till övrig hälso- och sjukvård försvagats något.

Utifrån ovanstående framkommer att det blir en motsättning mellan de rekommendationer som finns för att möta det ökade antalet patienter med psykisk ohälsa på vårdcentralen och de resurser som finns att tillgå.

En modell som har arbetas fram för att kunna möta dessa rekommendationer och samtidigt främja arbetsmiljön på vårdcentralen är organisationsmodellen IBH, integrerad beteendehälsa. IBH är en modell för att organisera arbetet med psykisk ohälsa på vårdcentralen (Cederwald & Silberleitner 2018). Syftet med IBH är att erbjuda psykologisk hjälp när den behövs, inte enbart till dem som mår allra sämst utan även till den stora del av befolkningen som lider av lindrig psykisk ohälsa (ibid.).

För att möta rekommendationerna om hög tillgänglighet krävs, enligt IBH, att arbetet för flera professioner på vårdcentralen ändras och förändringar görs inom hela organisationen. Det är inte tillräckligt att öka upp med fler tider hos kurator och psykolog utan hela arbetssättet och organisationen behöver förändras. En kärnkomponent inom IBH är därför en uttalad interprofessionell samverkan (ibid.). Teamsamarbete är även något som blir allt vanligare över lag inom vården och har även kommit att tillmätas allt större betydelse (Thylefors 2013).

Det väcker en nyfikenhet hos mig om en ökad interprofessionell samverkan kan bidra till en högre tillgänglighet för den stora patientgruppen med psykisk ohälsa inom primärvården och det är därför av intresse att ta reda på mer om hur just det interprofessionella samspelet ser ut på en vårdcentral som använder IBH.

Syfte

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka den interprofessionella samverkan vid en vårdcentral som använder sig av modellen Integrerad beteendehälsa (IBH) avseende hur professionerna samspelar runt patienter med psykisk ohälsa.

Frågeställningar

Vad innebär den teoretiska modellen IBH?

Hur tillämpas IBH i det dagliga arbetet?

Vad bidrar modellen IBH till vad gäller organiseringen för en högre tillgänglighet?

Beskrivning av organisationsmodellen IBH - Integrerad beteendehälsa

IBH är en organisationsmodell som är speciellt utarbetad för primärvårdens uppdrag och förutsättningar. Det övergripande syftet med modellen är att erbjuda snabb och god psykosocial vård till fler patienter samt att gynna en bra arbetsmiljö på vårdcentralen (von Cederwald & Silberleitner 2018). Det är med andra ord inte en behandlingsmetod i första hand, utan en modell för att organisera vårdcentralens arbete för alla personalkategorier, med syfte att kunna ge bättre vård till fler patienter (ibid.) Modellen kommer ursprungligen från USA och kallas Primary care behavioral health (PCBH) (Robinson & Reiter 2007).

Dahlin (2018) menar att med hjälp av IBH vill man nå ut till fler personer i ett tidigare skede snarare än att lägga resurserna på enstaka patienter. Det centrala blir att genom förebyggande insatser fånga upp personer tidigt i stället för att stanna kvar i långa terapier med de patienter som mår sämst (ibid.). För att kuratorer och psykologer ska kunna fungera i primärvårdsteamet behöver de vara lättillgängliga, vilket innebär att de behöver anpassa sitt sätt att arbeta till en primärvårdskontext (Hunter et al. 2010).

Modellen kan sammanfattas utifrån hög tillgänglighet, korta fokuserade behandlingar som utgår från behandlingsmetoderna KBT och ACT samt en uttalad interprofessionell samverkan (Silberleitner, Farnsworth von Cederwald & Robinson 2021).

Hög tillgänglighet

Silberleitner, Farnsworth von Cederwald och Robinson (2021) anger att genom att erbjuda en snabb tid till rätt yrkesgrupp på vårdcentralen ska man kunna fånga upp patienten innan det blir för stort lidande och på så sätt undvika försämring. Det ska alltså inte finnas någon kö överhuvudtaget utan tanken är att det alltid ska finnas tillgängliga tider. Detta innebär därför ett nytt sätt att schemalägga med en tidbok som var och en på vårdcentralen har tillgång att boka i. Tider som inte blir bokade ska användas till samverkan, som till exempel konsultation eller medsittning vid kollegors besök (ibid.).

För att kunna öka upp antalet besök kortar man besökstiden hos kurator/psykolog och det finns även möjlighet att samla patienter i grupp eller att arbeta internetbaserat med patienten. Man tar även bort remisser mellan vårdcentralens personal och bokar istället direkt i varandras tidböcker (ibid.).

Korta fokuserade behandlingar

IBH innebär inte endast organisatoriska förändringar utan även förändringar i sättet att arbeta med beteendeförändringar och psykisk ohälsa (Silberleitner, Farnsworth von Cederwald & Robinson 2021).

Robinson, Gould och Strosahl (2010) menar att för att kunna skapa beteendeförändringar på ett tidseffektivt sätt behöver man ha förmågan att snabbt kunna ringa in vad patientens problem är för att sedan kunna bedöma vad en lämplig intervention kan vara. Silberleitner & Cederwald (2018) beskriver att samtalstiden med patienten som regel är 15–30 minuter. Antalet besök uppgår ofta till mellan 1 och 4 stycken, där man utgår från patientens behov. Man bokar som regel inga återbesök utan patienterna informeras om att själva höra av sig när de behöver (ibid.).

Behandlingarna utgår från metoderna fokuserad ACT, motiverande samtal, beteendeaktivering eller kortfattad KBT. Detta innebär att all personal på

vårdcentralen lyfter frågor om beteendeförändring till patienten och att dessa frågor hålls levande (Silberleitner & von Cederwald 2018).

Gruppbehandlingar

För att möjliggöra tillgänglighet och möjlighet att hjälpa fler personer förespråkar modellen IBH arbete med gruppbehandlingar. Det är ett sätt att göra kurator och psykolog mer tillgängliga eftersom man i grupp kan behandla fler personer samtidigt (ibid.).

Interprofessionell samverkan

De olika yrkesgrupperna på vårdcentralen arbetar i nära samverkan och målet är att skapa en teamkänsla runt patienten i så stor utsträckning som möjligt, där alla bidrar med sin kompetens vid behov (Dahlin 2018).

Samsyn

Målsättningen är att de anställda på vårdcentralen har en samsyn som innebär att hela vårdcentralen har gemensamt ansvar för att patienten ska få den vård som behövs. För att uppnå detta träffas man över professionerna och har gemensamma möten (Silberleitner, Farnsworth von Cederwald & Robinson 2021).

Dokumentation

Journalen används som ett verktyg för att kommunicera med andra professioner. I journalen framgår det tydligt vilka mål som finns uppsatta för patienten så att även annan personal på vårdcentralen ska ha möjlighet att följa upp målen (Cederwald & Silberleitner 2018).

Medsittningar

Ytterligare ett sätt att få samsyn är att ha så kallade medsittningar vid varandras patientbesök. Det innebär att berörda professioner träffar patienten tillsammans för att på så sätt utveckla en gemensam samsyn och lära sig av varandras arbete (ibid.).

Tillgänglighet för samverkan

Enligt Silberleitner, Farnsworth von Cederwald och Robinson (2021) innebär även tillgänglighet inom IBH också att man är tillgänglig för sina kollegor, att lätt och fort kunna få tag i sina kollegor när behov av samverkan föreligger.

Det finns tydliga rutiner för samverkan, ett exempel är att alla har en stående tid dagligen när det är ledigt för konsultation och dörrarna är öppna så att kollegor kan boka sig på konsultation hos varandra. Man har även gemensamma ronder, där alla professioner är närvarande för att kunna diskutera patienter mycket snabbt så att patienten bokas till rätt profession (ibid.).

Silberleitner, Farnsworth von Cederwald & Robinson (2021) beskriver vidare att man rent fysiskt sitter nära varandra i korridorerna så att man lätt kan gå in till varandra, att alla bär likadana kläder och besöksrummen ser liknande ut oavsett profession.

Kunskapsläge

I detta avsnitt presenteras den tidigare forskning som bedöms vara relevant i förhållande till studiens syfte. Då studien undersöker det interprofessionella teamarbetet vid en vårdcentral som arbetar utifrån modellen IBH är det av intresse att lyfta tidigare forskning om interprofessionella team i vården.

Litteratursökning har gjorts genom sökmotorerna LUBsearch, Pubmed och Google scholar. Sökord som använts är “primary health care”, “team collaboration“, “interprofessional teams”, “healthcare teamwork”, “interprofessionella team” samt “team i primärvård”. När jag har hittat intressanta artiklar har jag sedan utifrån dem sökt vidare efter relevanta referensartiklar.

Interprofessionella team

Forskning visar att den ökade komplexiteten i patienternas hälsosituation gör att behovet av teamsamarbete ökar alltmer (D'Amour et al. 2005; Kvarnström 2007; Blomqvist 2004; Dunér & Wolmesjö 2015). Den ökade specialisering gör även så att en del professioner är beroende av andra professionella för att kunna fullfölja sina egna arbetsuppgifter (Dunér & Wolmesjö 2015). När olika professioner blir medvetna om sådana ömsesidiga beroenden kan synergieffekter skapas och individuella bidrag maximeras vilket innebär att samverkansprocessen resulterar i att alla berörda parter uppnår ett bättre resultat än summan av insatserna från varje person (D'Amour et al. 2005).

För - och nackdelar med teamarbete

Teamarbete kan innebära både för- och nackdelar (Blomqvist 2004). Team som fungerar bra tillsammans är mer effektiva och mer innovativa. Dessutom har individer som arbetar i team lägre nivåer av stress (D'Amour et al. 2005). Andra fördelar som lyfts fram är även att teamarbetet kan innebära en ökad möjlighet att ge varandra stöd och feedback i patientarbetet, att få mer stimulans i arbetet, högre arbetsmoral och bättre gruppklimat (Blomqvist 2004). Ur ett organisatoriskt perspektiv är en fördel med teamarbete att det leder till en högre effektivitet i jämförelse med traditionell vård. När teamarbetet fungerar väl kan professionernas olikheter medföra fördelar för patienterna då deras problematik får en mer mångfacetterad bedömning samt en större möjlighet till individanpassad vård och större möjlighet till mer genomgripande behandlingsinsatser (Blomqvist 2004). Dunér & Wolmesjö (2015) anger att indelning i team kan göra det lättare att samarbeta, men risken finns att det interprofessionella samarbetet tar för mycket av de professionellas uppmärksamhet och att patientens behov av fokus glöms bort.

Ytterligare en nackdel, enligt Blomqvists (2004) forskning, kan vara att en del professioner av tradition har självständiga arbetssätt vilken kolliderar med teamarbetets betoning på samordning. Denna samordning kan bidra till en oro över att gränserna för det egna kunskapsområdet ska bli otydliga och att detta ska

leda till en försvagad professionell position. Blomqvist (2004) lägger även fram att otydligheter i roller och rollfördelning kan påverka arbetet på ett negativt sätt eftersom det då finns risk för att arbetsuppgifter antingen görs dubbelt eller faller mellan stolarna. När rollerna är tydliga och inte överlappar varandra kan teamet däremot lösa arbetsuppgifter på ett bra sätt. En nackdel kan också vara att olikheter mellan professioner kan leda till konflikter (ibid).

Kunskap om varandras kompetens

Klarare et al (2013) har i sin forskning kunnat påvisa att det ofta saknas kunskap om kollegors kompetens vid teamarbete. Det har framkommit att många har svårt att beskriva vad andra professioner gör. Paramedicinsk personal uttryckte en frustration över att vara ensamma i sin profession då de blev inkallade för sent eftersom de andra professionerna inte hade tillräcklig kunskap om deras kompetens vilket i sin tur kan leda till onödigt lidande för patienten (Klarare et al 2013). Kvarnström (2007) belyser också i sin forskning att för att interprofessionella team ska nå sin fulla potential krävs att teamen har kunskap om varandras kompetensområden och vet vad de övriga i teamet kan bidra med. Det framkommer att om det finns stora brister i kunskap och tilltro till varandras kompetens, försvårar det möjligheten att se patientens helhetsbild (ibid). Detta går i linje med Blomqvists (2004) forskning som påvisar att olikheterna inom teamet innebär att det finns en okunnighet om varandras kompetensområden inom teamet, det vill säga att man inte vet vilken typ av arbetsinsatser de övriga kan bidra med. Det faktum att de olika yrkeskategorierna har utvecklat sitt yrkesspråk och sina förklaringsmodeller gör att man också kan ha problem med att förstå varandras resonemang kring en patient (ibid.).

Mulkins et al (2005) påvisar också i sin forskning vikten av att förstå varandras arbete och kunskaper. De anger vidare att ett sätt att öka tryggheten i att hänvisa sina patienter till andra yrkesgrupper är att observera sina teammedlemmar i deras patientmöten. Klarare & Hagelin (2013) menar att det är viktigt att verkligen ta vara på de olika professionernas unika kompetenser för att kunna skapa ett team som samverkar på ett bra sätt. För att kunna ta vara på specifika kunskaper behövs

det både tid och kunskap. Tid för regelbundna möten och för att lära känna varandra samt kunskap om varandras kompetens.

Kommunikation

I Molyneux (2001) brittiska studie som undersöker vad som kännetecknar ett välfungerande teamarbete inom vården framkommer att en avgörande faktor för ett framgångsrikt interprofessionellt teamarbete är kommunikationen i teamet. Även Klarare & Hagelin (2013) belyser att kommunikation inom team till stor del påverkar hur teamet fungerar då gemensamma kommunikationsmönster skapar känsla av att vara ett team. Kommunikation som en av byggstenarna i ett välfungerande team går även i linje med Thylefors et al (2000) forskning som påvisar att ett välfungerande teamarbete kräver god och smidig kommunikation, vilket dock kan vara tidskrävande. Mulkins et al (2005) betonar också vikten av en god kommunikation för att teamarbete ska fungera. Ett skickligt team behöver ett välutvecklat kommunikationssystem som främjar informationsutbyte och diskussion kring patienternas behandlingsplaner. Gemensamma journaler är därför särskilt användbart då det ger en detaljerad information om patienten samt allas input.

Mulkins (2005) beskriver även att regelbundna möten ofta är den enda tiden som teammedlemmar kan interagera med varandra varför dessa möten blir särskilt värdefulla eftersom de ger medlemmarna möjlighet att diskutera patienter samt även ge insikt i hur andra professioner arbetar.

Strukturer för teamarbete

D'Amour et al. (2005) menar att det är orealistiskt att tro att bara genom att sätta samman olika professioner i ett team kommer det att leda till samverkan. Det krävs mer än så för att teamarbete ska fungera. Professionerna behöver lita på varandra innan ett teamsamarbete kan påbörjas (ibid.). Även Mulkin et al (2005) beskriver att förtroende är det som förenar teamet och nyckeln till att kunna utveckla effektiva arbetsrelationer. Förtroende identifieras som något som bara kan utvecklas över tid och genom gemensamma erfarenheter. Att arbeta i team

kräver att de olika professionerna känner sig bekväma med att avslöja hur de arbetar, få sin praktik granskad och ta emot konstruktiv kritik (ibid).

Klarare och Hagelin (2013) poängterar att det behöver finnas strukturer för hur samverkan ska se ut när olika professioner förväntas samverka. I Klarare et al (2013) forskning framkommer att det saknas utbildning i teamarbete och att effektiva team inte uppstår utan ansträngning. Att satsa på utveckling av tvärprofessionell kompetens som både ger insikt i den egna yrkesrollen och kunskap om andra professioner skulle gynna samarbetet och ge högre kvalitet på patientarbetet (ibid.).

En annan faktor som D'Amour et al. (2005) påvisar för att ett team ska fungera är att de professionella som deltar behöver se en nytta för sin egen del i att vara med och bidra med sin kompetens, endast att det är till gagn för patienten är inte tillräckligt. En person deltar med specifik kompetens till gruppen för att i gengäld få specifika fördelar. Det krävs därför, för att teamsamarbete ska fungera, att den professionella ser någon vinst i sin egen arbetssituation (ibid.).

Molyneux (2001) anger att en grund för ett välfungerande teamarbete är att personalen är engagerad och att medlemmarna i teamet ser varandra som likvärdiga statusmässigt och deltar i teamet på lika villkor. En annan faktor är att medlemmarna genom en öppenhet inför varandras kunskaper utvecklar kreativa arbetssätt, egenskaper och engagemang, möjlighet till kreativitet inom teamet. På samma sätt menar Mulkin et al (2005) att det är ytterst viktigt för varje gruppmedlem att tro att deras bidrag respekteras och uppskattas.

Att teamen utgår från samma arbetsplats samt att ha gemensamma och regelbundna möten där alla medlemmar deltar är också fördelar för fungerande teamarbete (Molyneux, 2001). Individuella egenskaper hos enskilda personer bland vårdpersonalen verkar också påverka hur teamet fungerar (Klarare & Hagelin 2013).

En annan viktig del för att möjliggöra för tvärprofessionella team att fungera effektivt är att teamen har fullt stöd från organisationen. Det innebär att implementeringsprocesser, organisatoriskt lärande och ett aktivt ansvarstagande genom hela organisationen är av stor vikt för att tvärprofessionella team ska fungera (Kvarnström 2007). Klarare och Hagelin (2013) efterfrågar en större kunskapsbas om teamarbete eftersom teamarbete är något som både efterfrågas och ökar inom hälso-och sjukvården.

Sammanfattningsvis framgår av tidigare forskning att det både finns positiva och negativa aspekter på teamsamverkan i vården. Det framgår även att viktiga komponenter för att ett team ska fungera väl är kommunikation, kunskap om varandras kompetens samt tydliga strukturer för samverkan. Med avstamp i ovanstående forskning om interprofessionella team är det intressant att ta reda på hur interprofessionell teamsamverkan fungerar på en vårdcentral där organisationsmodellen IBH är implementerad.

Teoretiskt ramverk

I följande avsnitt redogör jag för de teoretiska ramverk jag har valt för att förklara och förstå resultaten i studien. Eftersom denna studie syftar till att undersöka hur det interprofessionella teamarbetet ser ut på en vårdcentral som arbetar med organisationsmodellen IBH anser jag att det är av vikt att förstå detta både utifrån professionsteori och teori om tvärprofessionellt teamarbete. Jag har därför valt att använda dessa teorier i min studie.

Professionsteori

Brante (2005) beskriver att professionerna har blivit alltmer dominerande i samhället under det senaste århundradet. Professionerna är en relativt heterogen grupp, men gemensamt är att de är förankrade i vetenskaplig kunskap, vilket ger

dem deras status och auktoritet. Tidigare förknippades professioner med universitetsutbildning, men Brante (2005) menar att betydelsen av det har minskat under de senaste åren eftersom vissa universitetsutbildningar numera inte räknas till professioner och vissa professioner inte kräver universitetsutbildning. Det som är avgörande för vad som är en profession är snarare den abstrakta kunskap som professionerna är bärare av. Med abstrakt kunskap avses att inte endast praktisk kompetens inom sitt yrke utan även att kunna skapa och utveckla nya teoretiska problemområden inom professionen (ibid.).

Brante (2005) menar att till de typiska professionerna hör till exempel läkare, jurister, ekonomer och arkitekter och till semiprofessionerna hör till exempel socionomer, sjuksköterskor och lärare. Semiprofessionerna har vuxit fram i allt större utsträckning efter andra världskriget då utbildningar inom dessa professioner började utvecklas på universiteten. Utmärkande för semiprofessionerna är att deras utbildningar är tvärvetenskapliga och utbildningarna innefattar en spänning där en del hävdar att det är av vikt att utöka den teoretiska delen medan andra hävdar att det är praktiska erfarenheten av yrket som är av största vikt inom utbildningarna. Brante (2005) anger även att skillnader i status mellan professioner varierar beroende på vilket samhälle vi lever i. Professioner som berör människors liv och hälsa har till exempel hög status vilket innebär att präster i tidigare samhälle hade högre status men i dagens samhälle anses läkares status vara högre (ibid.).

Andrew Abbott (1988) menar att olika professioner utvecklas och förändras genom ett samspel med andra professioner. Enligt Abbott (1988) är professionerna delar av ett system där det ständigt pågår ett gränsarbete gentemot andra professioner för att upprätthålla sitt specifika yrkesområde och sina specifika arbetsuppgifter. Abbott (1988) menar därför att professioner utvecklas genom interprofessionella relationer där sammanhanget och systemet hjälper till att avgöra hur utvecklingen sker. En profession är beroende av att omvärlden uppfattar professionens specifika kunskaper och kompetens för att kunna upprätthålla sin status och legitimitet. Med omvärlden avses både andra professioner men också samhället i stort. Det gränsarbete som utförs för att värna

om sin egen profession, status och legitimitet beskrivs av Abbott som kampen om jurisdiktion. Jurisdiktion är det område där en profession anser sig ha sin kompetens och sina kunskaper. Detta innebär att professioner hela tiden är i förhandlingar om gränserna för den egna kompetensen i förhållande till andra professioner. Det kan innebära både att utöka sitt område, men också att ge avkall på arbetsuppgifter. På så sätt menar Abbott (1988) att jurisdiktionsarbetet kan vara föränderligt eftersom det handlar om ett ständigt samspel mellan olika professioners gränsdragningar.

Utöver att det krävs en organiserad och bred bas för en profession för att den kunna behålla sin jurisdiktion, behövs det även kompetens inom sitt område både teoretisk kunskap och det Abbott (1988) kallar för abstrakt kunskap. Det krävs även, vilket nämnts ovan ett erkännande från samhället. De tillvägagångssätt som används för att betona jurisdiktionen kan se olika ut, men exempel på dessa tillvägagångssätt är att monopolisera vissa arbetsuppgifter samt att använda klädkoder och titlar (ibid.).

En profession med otydliga gränser riskerar i högre grad att förlora områden till andra professioner och löper därmed större risk att tappa sin legitimitet och status än en profession med tydligt uppsatta gränser. För att en profession ska klara sig och leva kvar är det därför viktigt att ständigt markera och värna om sin jurisdiktion (ibid.).

Samverkan och tvärprofessionella team

Danermark (2000) gör åtskillnad mellan begreppen samarbete och samverkan där samverkan ses som något mer än att samarbeta människor emellan. Samverkan innebär att personer, ofta med en annan profession, arbetar i syfte att nå ett gemensamt mål. Enligt Danermark (2000) har olika professioner både olika status och synsätt, vilket gör att det kan bli problematiskt vid samverkan. I människovårdande organisationer är det vanligt att det råder en konkurrens mellan yrkesgrupper hur ett problem ska åtgärdas och förstås. Ett sätt för lyckad

samverkan är därmed att lära känna varandras synsätt och inta en professionell ödmjukhet från samtliga professioner i samverkan (ibid).

Den tvärprofessionella samverkan, vilket är den samverkan som sker över professions- och yrkesgränser, blir alltmer vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården. Under de senaste åren har den tvärprofessionella samverkan också kommit att tillmätas en allt större betydelse. När det handlar om samverkan mellan olika professioner som har olika, men kompletterande kunskaper används ofta begreppet team (Thylefors 2013).

Enligt Thylefors (2013) går det att urskilja fyra olika typer av team. *Multiprofessionella team* är team med olika professioner som arbetar tillsammans men det innebär inte ett regelrätt samarbete utan var och en gör sitt jobb och man remitterar till varandra vid behov. Teamet är inte personberoende utan mer professionsberoende där enskilda personer är i princip utbytbara. *Interprofessionella team* är nästa steg där medlemmarna i teamet samarbetar och har en ömsesidig påverkan mellan olika specialister. Arbetet är beroende av att man planerar och genomför arbetet tillsammans. Endast genom gemensamt arbete kan man uppnå det önskade resultatet. Det blir en så kallad synergieffekt där resultatet, genom förenade ansträngningar, blir mer än summan av den enskilda ansträngningen från var och en. Varje teammedlem måste aktivt samarbeta med andra under arbetets gång, men de specialiserade rollerna i teamet bibehålls. *Transprofessionella team* innebär ett mer gränsöverskridande samarbete. De olika rollerna finns fortfarande, men var och en i teamet behöver vara beredd att vid behov ersätta varandra- vilket är ytterligare ett steg i samarbetet. Fokus ligger på vad teamet som helhet åstadkommer. Den sista teamtypen kallas *professionsupplöst*, där alla i teamet har samma roll och utför samma arbete oavsett profession (Thylefors 2013).

Det finns enligt Thylefors (2013) flera positiva aspekter på tvärprofessionellt teamarbete och det kan innebära många möjligheter, men det kan också bidra till olika svårigheter och hinder i samverkan. Många patienter har komplexa problem som grundar sig i flera olika faktorer. Det kan därför behövas kompetens från flera olika professioner för att hantera dessa patienter. Många sjukdomar och diagnoser har sin grund i psykosocial problematik, vilket har medfört ett behov av

kuratorer inom hälso- och sjukvården som en del i den medicinska kontexten. En tvärprofessionell samverkan kan bidra till större effektivitet inom vården och en bättre samordning av insatser vilket gynnar patienterna. Det främsta argumentet för tvärprofessionell samverkan är därmed att hjälpa patienten på bästa sätt och skapa en helhetssyn på patientens problematik. Den tvärprofessionella samverkan bidrar även till en kompetens- och kunskapsutveckling hos de inblandade professionerna då de får ta del av varandras kunskaper och arbetssätt, både ett utbyte av befintlig kunskap samt utvecklande av ny kunskap. En annan positiv aspekt som lyfts fram med tvärprofessionell samverkan är det sociala stödet vilket ökar arbetstillfredsställelsen och kan ses som faktorer som generellt motverkar stress och en svår arbetsbelastning hos de olika professionerna. Att arbeta i en ensamprofession kan innebära en högre stressnivå än att arbeta i team med andra professioner (Thylefors 2013).

Olika professioner har olika synsätt och perspektiv att se på patienten vilket ibland kan vara en försvårande omständighet i samverkan. Dock går det i stället att se de olika professionernas sätt att se på saker och ting som positivt och något som den tvärprofessionella samverkan strävar efter (ibid.).

Danermark (1999) poängterar också att det krävs erfarenhet, kunskap och motiv för samverkan hos de yrkesverksamma för att teamarbete ska fungera. Det räcker inte med att det finns fördelar på strukturell nivå, de olika professionerna måste se fördelar för sin egen profession och arbetssituation.

Att det finns jämlik maktfördelning och status inom teamet är också bidragande till att ett team är välfungerande. Inom hälso- och sjukvården är det dock vanligt med en hierarkisk struktur, vilket kan påverka teamarbetet och samverkan (Thylefors 2013).

Metod

Studien är baserad på kvalitativa intervjuer med sju personer som arbetar på en vårdcentral. I detta avsnitt presenterar jag mitt tillvägagångssätt för genomförandet av studien. Till att börja med redogör jag för val av metod, sedan redogör jag för, och reflekterar över, metodologiska överväganden såsom urval, metodens förtjänster och begränsningar, metodens tillförlitlighet, bearbetning och analys, val av teori samt slutligen forskningsetiska överväganden.

Val av metod

Eftersom mitt syfte med studien är att undersöka den interprofessionella samverkan vid en vårdcentral som använder sig av modellen Integrerad beteendehälsa (IBH) avseende hur professionerna samspelar runt patienter med psykisk ohälsa har jag valt en kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer. Genom en kvalitativ metod ges utrymme för intervjupersonernas egna uppfattningar och synsätt att komma fram jämfört med en kvantitativ metod (Bryman 2016). Då min intention har varit att undersöka respondenternas egna subjektiva upplevelser samt att få en beskrivning av deras egna erfarenheter bedömdes kvalitativ metod bäst lämpad för studien.

Jag använde mig av semistrukturerad intervju. Bryman (2016) beskriver semistrukturerad intervju som en intervju där forskaren använder en intervjuguide att hålla sig till, men det finns även utrymme att avvika från intervjuguiden och ställa följdfrågor för att få ett mer uttömmande och detaljerat svar. Med anledning av att jag ville få så omfattande och fördjupade svar som möjligt från mina respondenter valde jag semistrukturerade intervjuer.

Intervjuerna tog avstamp i en intervjuguide med öppna frågor (se bilaga 2). Bryman (2016) menar att fördelarna med öppna frågor bland annat är att respondenterna ges utrymme att svara med egna ord samt att de inte leds i någon riktning, vilket innebär att intervjuaren på så sätt får mer information om

respondentens kunskaper och egna uppfattningar (ibid). Då jag ville att respondenternas egna upplevelser och tankar skulle komma fram utformade jag mina frågor öppna, i möjligaste mån. I slutet av min intervjuguide hade jag även en några stödord om modellen Integrerad beteendehälsa för att använda, om dessa delar inte kommit med tidigare i intervjun. Stödorden var en påminnelse till mig själv för att säkerställa att alla byggstenar i modellen berörts under intervjun.

Innan jag skrev min intervjuguide tog jag kontakt med två anställda som arbetar i det psykosociala teamet på två olika vårdcentraler där modellen IBH är implementerad. Detta gjorde jag för att få en bredare bild av hur IBH kan fungera på olika vårdcentraler och på så sätt bättre kunna formulera mina frågor.

Intervjuerna genomfördes på arbetsplatsen och respondenterna fick själva välja om de ville sitta i sitt eget rum eller på annan plats. Tiden per intervju beräknades till 30–45 minuter. Samtliga intervjuer spelades in på en röstinspelare för att sedan transkriberas. Som Zetterquist- Ahrne (2016) skriver handlar en intervju om att två olika personer möts och det gäller därför att vara förberedd inför intervjusituationen. Jag hade förberett mig genom att läsa på om modellen IBH samt genom att förhålla mig nyfiket och vänligt inställd när jag ställde mina frågor.

Metodologiska överväganden

Urval

Innan jag påbörjade urvalet av respondenter godkändes genomförandet av studien av verksamhetschefen på vårdcentralen, både via mejl och muntligen.

För att värva respondenter till min studie frågade jag personalen på vårdcentralen från olika yrkesgrupper som hade arbetat på vårdcentralen sedan minst ett års tid tillbaka. Eftersom min intention med studien är att undersöka dels hur IBH används men också hur olika professioner samspelar runt personer med psykisk ohälsa frågade jag personal från olika yrkesgrupper. Sju personer tackade ja till att delta i min studie, vilket resulterade i att jag intervjuade sju respondenter från

följande yrkeskategorier kurator, psykologer, läkare, sjuksköterska och fysioterapeut på en vårdcentral. Trots att endast sju respondenter deltog bedöms underlaget vara tillräckligt. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011) anger att om man intervjuar mellan sex och åtta personer har man fått ett underlag som är relativt oberoende av individuella uppfattningar om till exempel en arbetsplats. Jag valde ut personer som hade arbetat en tid på vårdcentralen, och därmed förväntades känna till både hur vårdcentralen som arbetsplats och hur IBH som arbetssätt fungerar. Eftersom jag valde ut deltagare till intervjun på ett strategiskt sätt användes ett målstyrt urval (Bryman 2016). Jag anser att urvalet har varit relevant i förhållande till studiens syfte eftersom det inkluderar personal på en vårdcentral med olika professioner.

När respondenten tackat ja till att medverka i intervjun lämnades ett informationsbrev ut (se bilaga 1). Kvale & Brinkmann (2014) anger att ett informerat samtycke innebär att de som ska intervjuas får information om syftet med intervjun samt att intervjun är frivillig och att man när som helst kan avbryta sin medverkan. Den informationen framgick av informationsbrevet. I brevet framgick även tidpunkt för intervjun.

Metodens förtjänster och begränsningar

Valet att använda kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer är, som ovan beskrivits, baserat på att mitt syfte med studien är att fånga upp respondenternas egna beskrivningar och erfarenheter om hur IBH används på arbetsplatsen. Det finns både förtjänster och begränsningar med den valda metoden.

En förtjänst med att använda kvalitativ metod är att den som intervjuar snabbt har möjlighet att få ett brett material som omfattar utöver det som sägs, även personens känslor och normer (Eriksson- Zetterquist & Ahrne 2012). Att använda en semistrukturerad intervjuguide gav mig även möjlighet att ställa följdfrågor och på så sätt gavs respondenten möjlighet att utveckla sina svar, vilket bidrog till en bredare kunskap. En intervju är dock ett samtal i en viss kontext vilket innebär att det som sägs i intervjuerna kan ha ett annat syfte än vad intervjuaren uppfattar (ibid.). Det kan därför vara en begränsning eftersom jag inte vet om

respondenterna svarade på vissa sätt för att de var anställda på vårdcentralen och att de därför svarade vad de tänkte var ett bra svar utifrån sin roll som anställd, snarare än sin egen upplevelse.

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2012) menar att en begränsning är att intervjuer kan ge utrymme för intervjuaren att tolka det som respondenten säger. Det är svårt att veta om intervjuarens tolkning av det som respondenten säger överensstämmer med det som respondenten menar (ibid). För att minska risken för feltolkningar var jag under intervjuerna noga med att sammanfatta respondentens svar för att stämna av att jag hade förstått rätt.

En annan begränsning är att urvalet om sju respondenter är begränsat och det går därmed inte att generalisera utifrån resultatet. Min intention har dock inte varit att generalisera utan att beskriva fenomenet genom att undersöka medarbetares erfarenheter av arbetet enligt IBH.

Att jag inte har belyst patienternas perspektiv utan endast undersökt IBH och interprofessionell samverkan ur de professionellas synvinkel kan också ses som en begränsning.

Metodens tillförlitlighet

Enligt Bryman (2016) kan tillförlitligheten för att bedöma en studie delas in i fyra delkriterier vilka är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera.

Att göra resultaten trovärdiga innebär att intervjuaren säkerställer att informationen uppfattats på rätt sätt (Bryman 2016). Under intervjuerna har jag med jämna mellanrum sammanfattat det som sagt för att på så sätt bekräfta att jag har förstått innebörden av det respondenten beskrivit och på så sätt försöka att undvika missförstånd. När jag har redovisat resultatet i studien har jag använt flera citat för att undvika att jag har missuppfattat det som sagts.

Överförbarhet innebär att det finns möjlighet att generalisera resultatet, det vill säga att kunna överföra det till andra, liknande situationer och miljöer (Bryman 2016). Eftersom min studie är relativt liten och dessutom genomförd på en och samma vårdcentral kan resultaten bli svåra att överföra till andra vårdcentraler med IBH. Det går inte att med säkerhet säga att resultatet hade sett likadant ut om fler respondenter hade intervjuats.

Kriteriet pålitlighet handlar om att det tydligt ska framgå hur forskningsprocessen har gått till (Bryman 2016). För att säkerställa pålitligheten i min studie har jag valt att så utförligt som möjligt redogöra för mitt tillvägagångssätt i alla delar av utförandet av studien. Jag har även varit noga med att tydliggöra var jag har fått min information, vilka referenser jag har använt och vad som är mina egna reflektioner. När jag i resultatet har använt citat från respondenterna är det förtydligat med hjälp av citattecken.

Möjlighet att styrka och konfirmera innebär att forskaren inte medvetet av låter sina egna värderingar påverka utformningen eller resultatet av studien (Bryman 2016). Jag har under hela genomförandet försökt att lägga märke till egna värderingar och inte låta dem påverka mina slutsatser i studien.

Bearbetning och analys

Parallellt med att intervjuerna genomfördes påbörjade jag bearbetning och analys av det insamlade materialet. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades sedan ord för ord. Jag transkriberade materialet så tidigt som möjligt för att undvika att det skulle bli för mycket data att hantera på samma gång, samt för att kunna påbörja inläsning av mitt material och skapa mig en förståelse. När alla intervjuer var transkriberade läste jag igenom dem ett flertal gånger, och gjorde noteringar kontinuerligt samt delade in materialet i olika färggrupper för att kunna få en tydlig överblick. Sedan delade jag in materialet i olika teman som jag lagt märke till vid genomläsningen. På detta sätt påbörjades en kodning av materialet. Enligt Kvale & Brinkmann (2016) är kodning det vanligaste sättet att analysera den insamlade empirin. Det kodade materialet delades sedan in i två huvudteman.

Ett tema om hur organisationsmodellen IBH används på vårdcentralen och ett tema om det interprofessionella teamarbetet. Ur dessa teman skapades sedan underrubriker. Ett problem som kan uppstå vid kodning är att sammanhanget av det som sägs kan gå förlorat om textstycken plockas ut ur sin kontext (Bryman 2016). Jag försökte därför vara extra försiktig och varsam i hanterandet av mitt material så att inte sammanhang och innebörd av det som sagts ändrades. Underlaget analyserades slutligen med hjälp av teorier och tidigare forskning.

Val av teori

För att få hjälp att förstå det vi studerar och för att få ett visst perspektiv på det empiriska underlaget används teorier (Svensson 2012). I början av mitt uppsatsarbete var jag inte klar över vilken eller vilka teorier som jag skulle ta stöd av för att få förståelse för mitt empiriska material, utan det arbetet skedde parallellt med kodning och bearbetning av mitt material.

Då jag kom fram till att studera hur det interprofessionella teamarbetet ser ut på en vårdcentral som arbetar utifrån IBH har jag tagit stöd av teorier om profession och tvärprofessionella team för att skapa bättre förståelse för det insamlade empiriska underlaget och för att kunna besvara studiens syfte.

Forskningsetiska överväganden

Under hela genomförandet av denna studie har Vetenskapsrådets (2002) etiska principer följts. Dessa principer omfattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, samt nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagaren om syftet med undersökningen samt vilka villkor som gäller. Deltagaren ska också få information om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst (Vetenskapsrådet 2002). I samband med att respondenterna till studien tillfrågades fick de muntlig information om syfte och villkor för deltagandet. När de sedan hade tackat ja till studien fick de även skriftlig information i form av ett informationsbrev (se bilaga 1). I början av intervjuerna fick respondenterna också en kort information om syfte och villkor för deltagande. Med samtyckeskravet menas

att deltagaren själv har rätt att bestämma över sitt deltagande i studien (Vetenskapsrådet 2002). I förfrågan om att delta i studien var jag noga med att poängtera att deltagandet var helt frivilligt och att det kan avbrytas om och när respondenten så önskar. Den informationen fanns även i informationsbrevet som lämnades ut. Konfidentialitetskravet innebär att behandlingen av uppgifter om deltagarna ska behandlas med stor försiktighet så att ingen annan än forskningsledaren kan ha tillgång till dem. Uppgifterna om respondenterna i studien har förvarats så att ingen obehörig har kunnat få tillgång till dem. I studien är deltagarna oidentifierade och omskrivs endast som respondenterna. Jag har med anledning av konfidentialitetskravet valt att inte nämna på vilken vårdcentral som studien är utförd. Nyttjandekravet innebär att de uppgifter som samlas in om deltagaren endast får användas i ändamålet för forskningen. De uppgifter som har samlats in har inte använts i något annat syfte än för denna studie.

Resultat

I detta avsnitt presenteras det resultat som empirin från intervjuerna gav. Resultatet utgår ifrån studiens tre frågeställningar. I den första delen kommer jag att redogöra för vilka delar av IBH som tillämpas på vårdcentralen med fokus på hög tillgänglighet, korta fokuserade behandlingar och interprofessionell samverkan. Sedan kommer jag att redogöra för det interprofessionella samspelet mellan olika professioner i den tillämpade modellen IBH.

Eftersom kurator och psykolog arbetar mer inriktat på psykosocial problematik och behandling av psykisk ohälsa har jag valt att benämna kurator och psykolog som “den psykosociala gruppen” och övriga professioner på vårdcentralen som “övriga respondenter”.

IBH implementerades på den aktuella vårdcentralen 2018 och personalen har därmed arbetat utifrån den organisationsmodellen under fyra år. Det beskrivs av de respondenter som var med vid implementeringen att alla anställda på

vårdcentralen fick en dags information om IBH när det implementerades. Personal från den psykosociala gruppen har även fått en lite längre specifik utbildning i hur modellen ska användas.

Då IBH implementerades på den aktuella vårdcentralen år 2018 är det av intresse att beskriva vilka delar av metoden som används i dagsläget och på vilket sätt delarna används av olika professioner.

Hög tillgänglighet

Det övergripande målet med organisationsmodellen IBH är att kunna möta upp det ökande antalet patienter med psykisk ohälsa genom att tillhandahålla en hög tillgänglighet för patienterna. Det ska, enligt den teoretiska modellen, finnas möjlighet för patienter att snabbt få en tid till kurator eller psykolog vid behov. Eftersom det, enligt den teoretiska modellen IBH, alltid ska finnas tillgängliga tider bokas som regel inte återbesök utan patienterna får ringa och boka tid för återbesök när de själva är i behov av en tid hos kurator eller psykolog.

Av resultatet framkom att alla respondenter var samstämmiga i att det oftast finns lediga tider till kurator eller psykolog för patienter med psykisk ohälsa. En respondent beskrev att tider till psykolog och kurator var lättare att få nu än innan IBH infördes. Respondenten beskrev att innan IBH infördes kunde patienterna få vänta i flera veckor innan det fanns en tid hos psykolog eller kurator.

Jag tänker att det har blivit stor skillnad och sedan så också att det har blivit så mycket mer tillgängligt det är så mycket lättare att få tider till psykolog. Innan har det ju varit, alltså innan var det en månads väntetid alltid oavsett hur och så kanske man kunde klämma in någon om man gick och pratade liksom, men nu finns det ju tider mycket lättare att få in patienterna så att på så vis har det också blivit mycket, mycket bättre, tänker jag.

En annan respondent uttryckte att det till och med är lättare för personer med psykisk ohälsa att få tider än för patienter som söker för andra besvär på vårdcentralen.

Alltså om man jämför med patienter som söker för andra besvär så tycker jag nog att de har det lättare att komma till, det tycker jag nog. Sen inte alltid nödvändigtvis att det är mycket lättare att komma till läkare, men om de då redan har träffat en psykolog så är det nog lättare för dem att träffa läkare då också, så skulle jag nog se på det /.../ och alltså psykologernas och kuratorernas schema är ju lite mer flexibelt än vad läkarnas schema är, med lite mer liksom snabba återbesökstider och akuttider, så där brukar de ju kunna komma till snabbt om det är akut.

Flera av respondenterna nämnde dock att det går lite i perioder om det finns tider eller inte och uttryckte en oro kring att det kan bli svårare att tillgodose behovet av lediga tider när det inte är tillräckligt med personal på plats.

Oftast finns det ju tider, nu får vi väl se hur det blir när det blir lite rotation i personalen här. Det gäller ju att man stöttar upp, liksom, med ny personal men, men jag tycker ändå det har gått rätt bra att hitta tider.

Enligt den teoretiska modellen IBH bokas som regel inte återbesök.

Respondenterna i den psykosociala gruppen beskrev att det kan vara svårt att hänvisa patienter att ringa själva för återbesök, eftersom det kanske inte finns tillgängliga tider och då bokar man själv återbesök till patienten för att på så sätt säkerställa att det finns en tid.

Egentligen bör jag kunna säga till en patient att du kan ringa och boka ny tid vid behov och så ska det alltid finnas möjlighet att boka in, men det vågar jag inte riktigt lita på nu, som det är nu för att vi har så få tider.

Korta, fokuserade behandlingar

För att möjliggöra hög tillgänglighet till kurator eller psykolog har man, enligt den teoretiska modellen IBH, korta fokuserade behandlingar. Varje samtal beräknas ta ungefär 30 minuter och återbesök bokas som regel inte utan patienten uppmanas att själv höra av sig om behov av ny tid uppstår. Det krävs en förändring i upplägget av besöket för att möjliggöra dessa korta fokuserade behandlingar.

De respondenter som arbetar i den psykosociala gruppen beskrev alla att de har ändrat sina patientbesök för att möjliggöra en ökad tillgänglighet enligt IBH. Däremot uppgav ingen av de övriga respondenterna att de hade ändrat upplägg eller tidsåtgång för sina patientbesök. Samtliga respondenter från den psykosociala gruppen uppgav att de håller sig till 30 minuters besök så gott det går. De håller sig även till en så kallad kontextuell intervju för att snabbt kunna fånga upp vad som är viktigast och sedan börja arbeta med korta och fokuserade interventioner. De berättade även att de i den grad det går utgår från att varje besök kan vara det enda eller det sista besöket. Alla respondenter från den psykosociala gruppen lyfte dock att det kan finnas en svårighet i att inte boka in återbesök utan i stället hänvisa patienterna att ringa och boka uppföljningstid vid behov. Det upplevs som svårt dels därför att man bedömer att en del patienter är i behov av att få en återbesökstid i direkt anslutning till besöket och dels eftersom man inte vågar lita på att det finns lediga tider.

Ingen av de övriga respondenterna, de som inte arbetar i den psykosociala gruppen, vittnade om att de har förändrat sina upplägg av besöken sedan IBH infördes.

Gruppbehandlingar

För ökad tillgänglighet och ökad möjlighet att hjälpa fler personer förespråkar den teoretiska modellen IBH arbete med gruppbehandlingar. Det är ett sätt att göra kurator och psykolog mer tillgängliga eftersom man i grupp kan behandla fler personer samtidigt.

Respondenterna beskrev att det finns flera olika grupper för patienter att bokas till såsom återhämtningsgrupp, compassiongrupp, FACT grupp, sömngrupp samt medicinsk yoga. Tre respondenter uttryckte dock att de sällan bokar in patienter direkt till grupper eftersom det är svårt att bedöma vilka patienter som ska bokas och eftersom man inte vet innehållet i grupperna samt att man inte vet hur det går till. Tre respondenter uppgav att de i stället bokar patienten till kurator eller psykolog så att de får göra bedömning först.

Jag har aldrig bokat någon direkt från mig /.../ Men det finns absolut möjlighet och det har vi ju tagit upp även på våra möten med hela vårdcentralen att det är fritt fram att boka in till de här grupperna.

Respondenter från den psykosociala gruppen uttryckte att patienterna oftast blev inbokade till grupper genom dem. De beskrev att de påminde andra professioner om möjlighet att boka in i grupperna med jämna mellanrum, men det inte hände så ofta att någon annan än den psykosociala gruppen bokade in patienter till grupper.

Men vi påminner ju med jämna mellanrum om att boka i grupperna och att de finns och hur det ser ut.

Interprofessionell samverkan

I den teoretiska modellen IBH innebär samverkan bland annat att hela personalgruppen arbetar som ett team runt patienten. Det vill säga att man hjälper varandra och kompletterar varandras kompetens. Det innebär också att man hjälper patienten vidare till annan profession vid behov. Patienten ska inte behöva gå hem och själv boka tid hos en annan profession, utan det ska ordnas från den personal som patienten är hos.

Samtliga respondenter menade att det finns en upparbetad samverkan runt patienten på vårdcentralen. Respondenterna beskrev att de konsulterar varandra

vid behov för att på så sätt kunna boka patienterna rätt. Tre respondenter uppgav att de alltid konsulterar innan de bokar patienter till någon annan profession.

Annars är det via konsultationer att veta om den här ska till läkare eller den ska till psykolog eller sjuksköterska så då konsulterar vi. Och även om jag kanske misstänker att ja, men det här ska till kurator eller psykolog konsulterar jag dem först för det är min första tanke. Tycker de att nej men det här är inte riktigt på mitt bord liksom, ja men då är jag ju fortsatt ansvarig för det här ärendet och då tar jag det vidare med läkare i så fall för att höra vad de tycker, men man är liksom ansvarig och släpper inte det förrän man är färdig med det.

Samtliga respondenter framhöll att man arbetar som ett team för patientens bästa, att patienten inte ska behöva bli hänvisad mellan personalen på vårdcentralen utan att man hjälper patienten till rätt profession.

IBH, det handlar ju om ett teamsamarbete att vi jobbar runt patienten för patientens bästa så att om patienten till exempel är hos mig så ska den inte behöva gå hem och ringa för att få en tid hos läkare om det är det patienten önskar utan då ska jag boka in det till patienten eller den personal som patienten är hos, den behandlaren. Det är också så att om det blir en diskussion om medicin, sjukskrivningar och annat så kan jag då gå och konsultera läkaren så inte patienten behöver ligga på utan vi jobbar liksom med att hjälpa patienten på alla sätt vi kan runt omkring.

Samsyn

Enligt modellen IBH ska var och en som arbetar på vårdcentralen oavsett yrkesgrupp ha kännedom om arbete med psykisk ohälsa och personalen ska ha en gemensam syn på hur man kan arbeta med det utifrån sin yrkesgrupp.

Samtliga respondenter var överens om att man på det stora hela resonerar likadant när det gäller psykisk ohälsa på vårdcentralen. En respondent beskrev att man genom IBH har fått mer förståelse för psykisk ohälsa och att kunskapen om

psykisk ohälsa får ta stor plats på vårdcentralen. På gemensamma arbetsplatsträffar ges utrymme för information om psykisk ohälsa. Vid ett flertal tillfällen har psykolog och kurator hållit föreläsningar om psykisk ohälsa och hur det kan bemötas. Flera respondenter lyfte att psykisk ohälsa tas upp på APT på så sätt att psykolog och kurator håller föreläsning om psykisk ohälsa och hur det kan bemötas.

Även i denna fråga lyfte flera av respondenterna en osäkerhet om hur det kan bli när det kommer nyanställda till vårdcentralen. Att det kan blir svårt att behålla samsyn när det kommer nya anställda.

De läkarna som kommer in och kanske inte riktigt är vana vid det att det finns en annan... kanske inte samma samsyn där.

De flesta respondenter lyfte rondens som en tydlig plattform för samverkan, vilken bidrog till samsyn. Flera respondenter beskrev rondens som en bidragande orsak till samsyn eftersom rondens är ett dagligt inslag där alla professioner samlas för att säkerställa patienter ska bokas rätt.

Nittio procent av fallen går igenom rondens. och det är... jag tycker att det är ändå en trygghet att vi har en läkare som lyssnar och en psykolog som lyssnar också /.../och sen att alla bedömer tillsammans. Att patienten är som sagt i fokus och sedan att vi runt omkring gör en bra planering för patienten.

En respondent lyfte att på rondens brukar man kunna resonera även om man inte har samma syn och komma fram till något bra för patienten. En annan respondent betonade att man lär sig av varandra på ronderna om hur man kan hantera patienter på olika sätt.

Trots att de flesta respondenterna lyfte rondens som ett sätt för samverkan och samsyn var det flera som inte tänkte på rondens som en del av IBH. Respondenterna beskrev rondens som en naturlig del i verksamheten.

Annars har vi den här rondan, men det kanske inte är så mycket IBH runt den egentligen, ja det kanske är samarbetet.

Dokumentation

Att skriva primärvårdsanpassade journalanteckningar som är korta och koncisa, som ger övriga professioner en snabb överblick över patientens situation är en del av den teoretiska organisationsmodellen IBH. Journalerna ses som ett sätt att kommunicera mellan professionerna. Att kunna kommunicera mellan professionerna genom journalen är ett sätt att effektivisera arbetet.

Två respondenter i den psykosociala gruppen uttryckte att de hade ändrat sin dokumentation utifrån IBH. En respondent beskrev sina journalanteckningar som mer målinriktade nu, med en tydligare åtgärdsplan för patienten. Den andra respondenten som beskrev ett förändrat sätt att dokumentera uppgav att planeringen dokumenterades noggrannare nu, så att andra professioner också kan följa upp vad patienten har för planering. En av respondenterna uttryckte även att det inte finns några tydliga riktlinjer kring vad som ska dokumenteras i journalen.

Av de respondenter som inte arbetar i den psykosociala gruppen uppgav ingen att de hade ändrat sitt sätt att skriva journaler utifrån IBH. Däremot uppgav två av dem att de använde journalerna för att få information i ärenden, i synnerhet i journaler för patienter med psykisk ohälsa, och att detta sparade mycket tid eftersom anamnesen redan var nedtecknad och man då kunde gå rakt på problemet direkt. En respondent betonade att journalanteckningar skrivna av kurator och psykolog har blivit mer användbara sedan IBH infördes då journalanteckningarna har blivit mer fokuserade med mer nyttig information för övriga professioner.

Nu är det ju lite mera fokuserat och koncist och tydligt vad som händer vid varje besök eftersom det blir mera liksom riktat till en åtgärd kanske, så att jag tycker att det finns mer nyttig information för oss generellt i anteckningarna än vad det gjorde tidigare.

Medsittningar

Så kallade medsittningar används enligt den teoretiska modellen IBH för att ta del av varandras kompetens samt som ett sätt att öka samsynen på arbetsplatsen. Det innebär att de olika professionerna sitter med vid varandras patientmöten.

Samtliga respondenter uttryckte att medsittningar inte var vanligt förekommande på vårdcentralen.

Tillgänglighet för samverkan

I den teoretiska modellen IBH innebär tillgänglighet även att det ska finnas en ökad tillgänglighet för kollegor när behov av samverkan föreligger.

Det fanns en konsensus i att vid behov av att rådgöra med någon annan profession om specifika patienter finns det alltid möjlighet. Samtliga respondenter uppgav att det inte var något större problem att få tid med en kollega från en annan yrkesgrupp för att få möjlighet till konsultation. Respondenterna beskrev två upparbetade rutiner för möjlighet till konsultation. Dels "11.30-tiden" vilket innebär att alla professioner på vårdcentralen har sina dörrar öppna mellan klockan 11.30- 12.00 för att kollegor ska kunna komma och konsultera vid behov. Den andra upparbetade rutinen som de flesta respondenter tog upp som en upparbetad plattform för samverkan var rondan där flera professioner medverkar för att säkerställa att patienten bokas till rätt profession vid rätt tillfälle. Respondenterna menade att det var tack vare dessa rutiner som möjlighet till konsultation gavs.

IBH:s inverkan på de olika professionernas roller

En del personalkategorier på vårdcentralen berörs mindre av arbetet med psykisk ohälsa, men deltar ändå i de organisatoriska delarna av IBH som till exempel rondan.

Psykolog/kurator

Två av respondenterna i den psykosociala gruppen upplevde att deras roll är central på vårdcentralen och att de övriga professionerna litar på deras omdöme. Det kan gälla till exempel om en patient har medicinerat tidigare och är i behov av medicin igen, då behöver inte patienten bokas till läkare, utan läkaren litar på respondentens omdöme och kan sätta in medicin ändå.

Respondenten beskrev vidare att man är en naturlig del av arbetslaget och lyfte fram att det är positivt att få ingå i ett team. Att ens profession och perspektiv efterfrågas upplevde respondenten som positivt.

Jag sitter inte här inlåst någonstans i andra änden av vårdcentralen utan jag är en naturlig del av ett arbetslag, det stora arbetslaget också. Och att om en läkare har en fundering eller fråga så kan de bara se om min dörr är öppen så kan de bara komma och knacka på.

Två respondenter beskrev att det finns en respekt för den psykosociala gruppen och att man inte är rädd för att säga sin åsikt på till exempel ronden.

Jag kan inte säga att jag känner att man ifrågasätter eller tycker något speciellt om man yttrar sig om psykisk ohälsa på ronder eller liknande, så att där finns nog en form av samsyn, eller en form av respekt för oss, det svårt att säga vilket som är vilket.

Samtliga respondenter i det psykosociala teamet beskrev att de ibland har svårt att hålla sig till strukturen i att inte boka återbesök med patienterna. Samtliga uppgav att de bokar in flera återbesök, trots att man ska arbeta som att alla besök är det sista. En respondent beskrev att de "fuskar" när de bokar in återbesök och lyfter att det kan uppstå en känsla av otillräcklighet. Respondenten beskrev vidare att det i dessa situationer uppstår lite av ett etiskt dilemma vem man ska vara lojal mot i dessa sammanhang, mot patienten eller mot en struktur och att det bidrar till en stress.

...men mer kanske en otillräcklighetskänsla att bara släppa i väg patienten ibland, det tror jag kanske också är begränsningen som vi får hantera på olika sätt /.../ dilemmat blir att du kommer i konflikten vem ska jag vara mest lojal mot? Patienten och mitt kliniska kunnande eller mot en struktur, eller kollegor. Och den förstås... den tycker jag kan vara lite stressande den konflikten.

Att hinna med besöken på 30 minuter upplevde en respondent som stressande. Respondenten beskrev att trots att IBH är en primärvårdsanpassad struktur är kuratorns och psykologens arbete inte samma sak som att vara läkare. Respondenten uppgav att man i de situationerna får lyssna på sin kliniska bedömning och gå över tiden med de konsekvenser som det kan innebära.

En av respondenterna i den psykosociala gruppen berättade att det är roligare att jobba tack vare IBH då man utvecklas och lär sig nya saker genom teamsamarbetet. Samarbetet gör att man lär känna varandra och på så sätt ökar närheten till varandra, vilket gör det roligare att jobba.

Jag kan säga att det är roligare att jobba helt enkelt för vi lär känna varandra. Vi sitter ju inte bara i en hörna och jobbar själv liksom.

Läkare/sjuksköterska

Respondenterna i denna yrkeskategori var eniga om att det har inneburit en avlastning för dem i deras arbetssituation sedan IBH infördes. En respondent beskrev att tack vare att patienten träffar psykolog eller kurator först finns det redan en anamnes i journalen någon typ av bedömning gjord, vilket innebär att dessa besök går snabbare än tidigare. Det blir en avlastning tidsmässigt för professionen.

Det kan ju också korta ner till exempel läkarbesöken, alltså att det behöver ju inte bli som ett helt nybesök om patienten redan har träffat en psykolog som redan har tagit anamnes då kanske vi bara kan fokusera på liksom, gå

igenom läkemedelsbehandling om det är det dom träffar läkare för, eller sjukskrivning eller vad det kan vara.

En annan respondent berättade att det har blivit en stor avlastning ur arbetsmiljösynpunkt eftersom patientbesöken med psykisk ohälsa har minskat markant till läkare efter att IBH infördes. Innan IBH infördes kom de flesta patienter med psykisk ohälsa först till läkare för en bedömning. Respondenten beskrev att det ofta blev diskussioner med patienten och att dessa besök var en negativ del i arbetsmiljön, vilket de har avlastats från sedan IBH infördes.

Det var en stor... det var liksom en stor negativ del av våran arbetsmiljö att vi hade de här patienterna och på en halvtimme där man liksom skulle ta en hel anamnes, en helt ny patient man inte kände, att man skulle ta anamnes, bedöma eventuell suicidrisk och ta ställning till en sjukskrivning och eventuellt också skriva... alltså det var liksom omöjligt att lösa på en halvtimme.

Respondenten beskriver att det ofta blev en konflikt med dessa patienter eftersom de hade förväntningar på att till exempel blir sjukskrivna. Eftersom dessa patienter nu som regel har träffat kurator eller psykolog innan läkarbesöket har patienten redan blivit förberedd på vilka förväntningar som kan vara rimliga samt att det finns anteckningar i journalen vilket underlättar besöket för läkaren.

Så det var ju alltid lite ångest när man såg så stress/sjukskrivning i tidboken liksom, och de tycker jag, att de är ju borta. /.../ och de gånger man har dem så antingen har det ju varit någon som redan har diskuterat med en innan de har bokats oftast eller så finns det ju en noggrann anteckning så att man har ju väldigt mycket gratis så det går ju väldigt mycket snabbare när man väl träffar patienterna.

Respondenten berättade vidare att det har blivit en avlastning också eftersom man nu kan erbjuda en tid snabbt till kurator och psykolog om det framkommer i ett

besök att behov finns. Tidigare kunde det ta en månad att kunna få en tid för en patient, vilket bidrog till stress.

De kanske söker för något helt annat eller är på en årskontroll och sedan så framkommer det att dom har det tufft...och nu kan man ju erbjuda en tid till en psykolog eller kurator väldigt snabbt därefter om man känner att det behövs, det kunde man ju inte tidigare. Så att jag tänker att det har kunnat...det har ju minskat våran egen stress tänker jag i att man kan hjälpa patienterna på ett mycket smidigare och snabbare sätt.

En av respondenterna lyfte fram att det är en stor avlastning då man som team har ett mer delat ansvar för patienten. På rondan är, vilket ovan har beskrivits, de flesta professioner närvarande och att det därför upplevs som en trygghet att kunna konsultera med både läkare och psykolog/kurator för att på så sätt känna sig säkra på att patienten får den bästa hjälpen. Det upplevdes också som en avlastning att inte behöva ha hela ansvaret för patienten själv.

Jag tycker faktiskt att man ska införa IBH hos alla vårdcentraler, tycker jag, för det är verkligen ett bra sätt att fånga patienter/.../att jag har för det första friat mina axlar och att patienterna har fått rätt hjälp.

Även i denna yrkeskategori lyftes att arbetet har blivit roligare tack vare införandet av IBH, vilket kan illustreras med citatet nedan.

Jag tror att vi jobbar mer åt samma håll nu jämfört med tidigare. Det är ju också roligare när man kan jobba tigare tillsammans liksom över yrkesgrupper.

Analys

I detta avsnitt presenteras analysen av det empiriska materialet. För att skapa en djupare förståelse för empirin har jag tagit stöd av tidigare forskning och studiens teoretiska ramverk. Syftet med studien är att undersöka den interprofessionella samverkan vid en vårdcentral som använder sig av modellen IBH och följande teman har därför lyfts fram: förändrad teamsamverkan, teamarbetets för- och nackdelar, organisatoriska konsekvenser för yrkesgrupperna samt psykosociala gruppens centrala roll.

Förändrad teamsamverkan

Respondenternas utsagor tyder på att den interprofessionella samverkan på vårdcentralen har ökat efter införandet av organisationsmodellen IBH. De beskriver att de arbetar mer som ett team runt patienten nu. Tidigare forskning visar att tydliga strukturer underlättar möjlighet till samverkan (Klarare & Hagelin 2012; Kvarnström 2007). En modell som IBH, där tydliga strukturer för hur det interprofessionella arbetet ska ske, kan därför vara en bidragande faktor till att det interprofessionella teamarbetet har ökat. Respondenterna i studien framhöll strukturer såsom schemalagda konsultationstider och daglig gemensam rond som viktiga delar för samverkan. Strukturer som nu blivit självklara och inte längre uppfattas av professionerna som en del av en organisationsmodell. Samtliga av de intervjuade tog upp dessa möten som tillfällen där interprofessionell samverkan fungerar väl, vilket stöds av tidigare forskning där det lyfts fram att tydliga strukturer och gemensamma möten underlättar teamsamverkan. Av tidigare forskning framgår även att samsyn, kommunikation och kunskap om varandras kompetens är viktiga delar för att teamsamverkan ska fungera (Klarare et al 2013; Kvarnström 2007; Mulkins et al 2000; Molyneux 2001; Thylefors 2000). Dessa delar finns inom den teoretiska modellen IBH och det kan därmed tänkas vara så att modellen bidrar till att öka och underlätta teamsamverkan på vårdcentralen.

Flera av respondenterna beskrev att man, i samband med att organisationsmodellen IBH infördes, har gått från att var och en på arbetsplatsen gör sitt jobb och remitterar till varandra vid behov till att man genomför arbetet tillsammans och är beroende av varandras kompetens för att uppnå det önskade resultatet. De specialiserade rollerna i teamet har behållits men varje teammedlem måste nu aktivt samverka med andra under arbetets gång. Med stöd av Thylefors (2013) teori om tvärprofessionella team och utifrån respondenternas berättelser tolkar jag det som att arbetet på vårdcentralen har förändrats från vad Thylefors kallar ett multiprofessionellt teamarbete till ett interprofessionellt. Det som indikerar detta är respondenternas beskrivningar om att de efter införandet av IBH är mer beroende av varandras kompetens för att kunna gå vidare i arbetet med patienten. Som exempel framförs den dagliga rondan och konsultationstiden där de professionella deltar.

Enligt Thylefors (2013) är det yttersta argumentet för tvärprofessionellt teamarbete att på bästa sätt hjälpa patienterna, vilket går i linje med vad flera respondenter framhöll då de beskrev att man arbetar som ett team för patientens bästa, att patienten inte ska behöva bli hänvisad mellan olika professioner på vårdcentralen utan att man hjälper patienten till rätt profession och skapar en bättre helhetssyn.

Teamarbetets för- och nackdelar

Både D'amour et al. (2005) och Danermark (2000) betonar att för att ett team ska fungera krävs att samtliga medlemmar på något sätt får egen vinning av samarbetet. Av empirin framgår att samtliga respondenter lyfter fram fördelar och beskriver att teamsamverkan och modellen IBH ger deras profession någon form av vinst. Det framkommer dock att olika professioner lyfter fram olika vinster av den interprofessionella samverkan som modellen IBH bidrar till. För läkare och sjuksköterska har samverkan en avlastande funktion vilket bidrar till en minskad stress. Arbetet med psykisk ohälsa upplevs som tungt och läkare och sjuksköterska får genom modellen avlastning eftersom kurator och psykolog är

mer tillgängliga efter att modellen infördes. Läkare och sjuksköterska får stöd i hur den psykiska ohälsan kan hanteras och upplever sig inte så ensamma med bedömningarna. De beskriver att de blir avlastade tidsmässigt då de inte behöver avsätta lika lång tid som tidigare för varje patient när det gäller patienter med psykisk ohälsa. Anledningen till det är att en del av arbetet redan är gjort eftersom patienten oftast har träffat någon ur det psykosociala teamet först för bedömning, vilket dokumenterats i journalen. De blir även avlastade eftersom de inte själva behöver göra bedömningar om patienter med psykisk ohälsa utan får stöd i sina bedömningar vid rond och andra konsultationer. Upplevelsen av minskad stress vid teamsamverkan går i linje med Thylefors (2013) teori om interprofessionella team där det framkommit att stressnivåerna är högre om man arbetar på egen hand än i ett team. Beskrivningarna av avlastning i bedömningar och att en del arbetsuppgifter som tidigare utförts av läkare och sjuksköterska nu har övertagits av det psykosociala teamet kan förstås som ett sätt för kurator och psykolog att utföra det som Abbott (1988) anger som gränsarbete. Kurator och psykolog övertar arbetsuppgifter och utövar därmed ett gränsarbete genom att på så sätt utöka gränserna för sin jurisdiktion. Enligt Abbot (1988) kan en profession genom gränsarbete även fränsäga sig arbetsuppgifter. Min tolkning är att läkare och sjuksköterska fränsäger sig uppgifter som de upplever som betungande såsom att göra bedömningar och ta anamnes på dessa patienter och överlämnar det till den psykosociala gruppen. Det kan därmed tolkas som att detta gränsarbete genomförs utan kamp om jurisdiktionen. Den psykosociala gruppen utvidgar sin jurisdiktion och på så sätt utökar de sin status och värnar om sin legitimitet på vårdcentralen.

Kurator och psykolog betonar andra vinster med teamsamverkan. De lyfter i stället det positiva i att få tillhör ett team och att vara del av en grupp, vilket kan leda till en bättre arbetsmiljö. Professionerna kurator och psykolog är ofta ensamprofessioner varför det sociala stödet som teamsamverkan bidrar till kan upplevas som en positiv aspekt (Thylefors 2013). Kurator och psykolog beskriver att de får en mer stimulerande arbetssituation eftersom de är en del i ett större team.

Som ovan beskrivits får samtliga medlemmar i teamet en vinning ut av det interprofessionella teamarbete vilket kan vara en bidragande faktor till att teamarbetet fungerar och upprätthålls på vårdcentralen.

För det psykosociala teamet framkom dock en känsla av dubbelhet i att följa modellen och samtidigt se till patientens bästa. Enligt modellen ska återbesök inte bokas och sessionerna begränsas till trettio minuter, vilket inte alltid går i linje med vad kurator och psykolog bedömer vara det bästa för patienten. Av empirin framgår att detta dilemma bidrar till en ökad stress för dessa professioner. På så sätt bidrar inte modellen till en avlastning för det psykosociala teamet utan snarare till en typ av stress. Den psykosociala gruppen beskriver därmed att de ibland behöver gå emot sin professionella kunskap för att följa modellen. Det kan förstås genom Abbots (1988) teori om jurisdiktion att kurator och psykolog gör inskränkningar på sin jurisdiktion genom att bortse från sin kunskap och sitt professionella kunnande för att i stället följa modellen och vara tillgänglig och avlasta arbetet för andra professioner. Det kan därför tolkas som att kurator och psykolog utför ett gränsarbete både genom att utöka sin jurisdiktion då de övertar arbetsuppgifter från andra professioner, men också genom att göra de inskränkningar som nämnts ovan (Abbott 1988).

Samtliga respondenter var dock eniga i att ytterligare fördelar med det interprofessionella teamarbetet är att det ger arbetsglädje och en upplevelse av att inte vara ensam i sitt arbete. Flera respondenter beskrev att genom teamsamverkan kan man utvecklas och lära sig nya saker. Även detta är något som går i linje med tidigare forskning (Blomqvist 2004) samt i Thylefors (2013) beskrivning av teamsamverkan där det framgår att teamsamverkan ofta bidrar till en kompetens och kunskapsutveckling hos de inblandade professionerna.

Organisatoriska konsekvenser för yrkesgrupperna

I tidigare forskning lyfts att det är av stor vikt att känna till varandras kompetens och arbetsuppgifter för att ett team ska vara välfungerande. Olikheterna inom teamet kan leda till att det finns en okunnighet om varandras kompetensområden,

det vill säga att man inte vet vilken typ av arbetsinsatser de övriga inom teamet kan bidra med (Kvarnström 2007; Blomqvist 2004). Flera respondenter beskriver ronderna och konsultationstiderna som ett sätt att få kunskap om andras kompetens. Respondenterna i studien var överens om att både konsultationstiden 11.30 varje dag och den dagliga ronderna där man träffas över professionsgränserna för att diskutera patientärenden är forum där kunskaper delas och de olika professionernas kompetens tydliggörs. Att professionerna har kunskap om varandras kompetens kan bidra till att det gränsarbete som Abbott (1988) beskriver inte behöver utövas i lika hög grad. Professionernas gränser tydliggörs och upprätthålls eftersom medlemmarna i teamet känner till varandras specifika yrkesområde och arbetsuppgifter. En kamp om jurisdiktionen behöver inte föras eftersom gränserna tydliggörs i och med kunskapen om varandras kompetens (Abbott 1988).

Mulkins et al (2005) lyfter i sin studie att ett sätt att öka kunskapen om andras kompetens och tryggheten i att hänvisa sina patienter till andra yrkesgrupper är att observera sina teammedlemmar i deras patientmöten. En del i den teoretiska modellen IBH är så kallade medsittningar vilket innebär att man sitter med en kollega i patientmötet. Av empirin framgick att dessa medsittningar inte blir av i den utsträckning som det är tänkt enligt modellen IBH. En anledning till detta kan tolkas vara brist på tid. Klarare & Hagelin (2013) menar att för att kunna ta vara på specifika kunskaper behövs det tid för regelbundna möten och för att lära känna varandra. Det framkommer även i tidigare forskning att det krävs att de olika professionerna känner sig bekväma med att avslöja hur de arbetar, få sin praktik granskad och ta emot konstruktiv kritik (Mulkin et al 2005) vilket också kan vara en bidragande orsak till att medsittningar inte görs. En annan tolkning till att medsittningar inte görs kan vara att professionerna inte direkt ser den egna nyttan med att en kollega deltar i patientmötet. Enligt tidigare forskning, vilket har nämnts ovan, är en del i fungerande team att man själv ska se egen vinning (D'amour et al. 2005).

Av empirin framkommer att journalerna har kommit att spela en större roll sedan IBH infördes. Ett par respondenter menade att de använde journalerna för att få

mer information om patientärenden, i synnerhet i journaler för patienter med psykisk ohälsa. De beskrev att det sparade mycket tid att använda sig av det som kollegor har skrivit i journalen eftersom det gav nyttig information för att kunna gå rakt på problemet direkt. Tidigare forskning lyfter även att en god kommunikation inom teamet är av vikt för att teamarbetet ska fungera. Mulkins et al (2005) menar att gemensamma journaler är särskilt användbart då det ger en detaljerad information om patienten samt allas input. Det framkom av resultatet att endast det psykosociala teamet hade ändrat sitt sätt att föra journalanteckningar. Ett skickligt team behöver ett välutvecklat kommunikationssystem som främjar informationsutbyte och diskussion kring patienternas behandlingsplaner (Mulkins et al 2005). Ronden på vårdcentralen beskrevs av flera respondenter som ett välutvecklat kommunikationssystem där informationsutbyte främjas och diskussioner kring patienter kan föras. Ronden beskrevs som ett forum som användes både för att kunna lära av varandras kompetens, men även för att kunna få hjälp och stöd i bedömningar av patienter med psykisk ohälsa. Att känna att man tillsammans står bakom bedömningarna i stället för att ensam göra svåra avvägningar, vilket också går i linje med tidigare forskning (Mulkins 2005). I Mulkins (2005) studie framkommer att regelbundna möten ofta är den enda tiden som teammedlemmar kan interagera med varandra varför dessa möten blir särskilt värdefulla eftersom de ger medlemmarna möjlighet att diskutera patienter samt även ge insikt i hur andra professioner arbetar.

Psykosociala gruppens centrala roll

Tidigare forskning visar att viktiga komponenter till ett lyckat teamarbete är att medlemmarna i teamet ser varandra som likvärdiga statusmässigt och deltar i teamet på lika villkor (Molyneux 2001). Det lyfts även i tidigare forskning att i ett välfungerande team behöver medlemmarna uppleva att deras bidrag respekteras och uppskattas samt att det finns förtroende mellan dem (Mulkin et al 2005). Detta lyftes fram av två av respondenterna i den psykosociala gruppen som beskrev att deras roll är central på vårdcentralen och att de övriga professionerna litar på deras omdöme. De beskrev att det fanns en respekt för deras kompetens. Att deras roll är central kan förstås utifrån det Brante (2005) beskriver om att

status mellan olika professioner varierar. Att psykisk ohälsa har lyfts och blivit centralt på vårdcentralen genom införandet av IBH kan även påverka statusen hos den profession som främst arbetar med denna patientgrupp. En respondent menar att genom att ha likadana kläder och likadant inredda rum görs det ingen skillnad mellan professionerna. Det kan jämföras med Abbotts (1988) teori om jurisdiktion där en del av att upprätthålla statusen inom sin profession genom till exempel klädkoder. Genom att alla bär likadana kläder upprätthålls inte statusskillnader på samma sätt som tidigare. Eftersom modellen IBH bidrar till att psykisk ohälsa uppmärksammas och tar en större plats kan det tolkas som att kurator och psykolog som främst arbetar med dessa patienter därmed får en mer framträdande roll. Att de som arbetar med psykisk ohälsa på vårdcentralen sitter tillsammans med övriga professioner samt att alla har likadana kläder kan bidra till att statusskillnader suddas ut i större utsträckning.

Avslutande diskussion

Psykisk ohälsa fortsätter att öka och en stor del av befolkningen får ångestsymtom och depression någon gång i livet (Folkhälsomyndigheten 2022; Socialstyrelsen 2021). En stor del av dessa människor söker vård hos primärvården. Socialstyrelsen (2021) rekommenderar att dessa patienter bör erbjudas hög tillgänglighet till en första bedömning för att rätt behandling ska kunna sättas in tidigt. Samtidigt kommer rapporter om att arbetssituationen för personal inom primärvården är ohållbar (SVT Nyheter 2021). Integrerad beteendehälsa (IBH) är en organisationsmodell vars huvudsakliga syfte är att öka tillgängligheten för patienter med psykisk ohälsa. Ett sätt att nå hög tillgänglighet för dessa patienter inom primärvården är, enligt modellen, att arbeta mer teambaserat runt patienterna (Cederwald & Silberleitner 2018). Interprofessionellt teamarbete är även något som förespråkas och ökar inom vården generellt (Thylefors 2013). Mot bakgrund av ovanstående har den här studiens syfte varit att undersöka hur modellen IBH används på en vårdcentral och hur de olika professionerna samspelar runt personer med psykisk ohälsa.

Resultaten i denna studie visar att organisationsmodellen IBH bidrar till att öka och underlätta den tvärprofessionella samverkan på vårdcentralen. Modellen har en tydlig struktur för samverkan och innehåller flera av de delar som tidigare forskning lyfter fram som förutsättningar för ett välfungerande tvärprofessionellt teamarbete. Genom en tydlig struktur och inbyggda samverkansformer kan samarbetet underlättas och därmed öka (Klarare & Hagelin 2012; Kvarnström 2007). En annan förutsättning, som också framkommer av tidigare forskning, är att i ett välfungerande teamarbete krävs att alla medlemmar i teamet ser en vinst för egen del med teamarbetet (D'Amour et. al 2005). Resultatet i studien visar att samtliga respondenter ser vinster för egen del med det interprofessionella teamarbetet och med modellen IBH. Det intressanta är att olika professioner lyfter fram olika positiva aspekter. De fördelar som den psykosociala gruppen betonar är det positiva i att få tillhöra ett team samt att få en mer central roll på vårdcentralen, vilket de beskriver ger en ökad arbetsglädje. Eftersom professionerna kurator och psykolog ofta är ensamprofessioner (Thylefors 2013) kan det sociala stödet som teamsamarbete bidrar till upplevas som positivt och förstärka arbetsglädjen. De fördelar som framhålls av läkare och sjuksköterska är att det interprofessionella teamarbetet har en avlastande funktion för dem, vilket därmed bidrar till en minskad stress i arbetet för dessa professioner. Den avlastande funktionen beskrivs både utifrån en lättnad i arbetsbörda eftersom patienter med psykisk ohälsa, efter införandet av modellen, träffar kurator eller psykolog innan läkarbesök bokas. Kurator eller psykolog gör en första bedömning och tar en anamnes som sedan kommuniceras via journalanteckningar. Teamarbetet innebär också en avlastning i den mening att läkare och sjuksköterskor inte är ensamma i svåra och komplexa bedömningar avseende patienter med psykisk ohälsa. Att få stöd i bedömningar samt hjälp i hur dessa patienter kan hanteras på bästa sätt kan därför också leda till en känsla av minskad stress för dessa professioner.

Det framkommer av resultatet att i motsats till läkare och sjuksköterska kan kurator och psykolog uppleva en ökad stress. De beskriver att de ibland "fuskar" när de, men hänsyn till patientens bästa, bokar återbesök med patienter eller har längre sessioner med patienterna än modellen IBH förespråkar. Genom att avlasta

andra professioner har de dessutom utökat sina arbetsuppgifter. Det kan därför tänkas vara så att en ökad stress och en känsla av att ibland gå emot sin professionella kunskap om patientens bästa är det pris som den psykosociala gruppen får betala för de vinster som de får, så som teamtillhörighet.

En annan intressant del av resultatet är att den psykosociala gruppen beskriver att deras roll är central på vårdcentralen och att det finns en respekt för deras kompetens hos de övriga professionerna. Min slutsats är att den centrala rollen kan vara ett resultat av att IBH bidrar till att arbetet med psykisk ohälsa lyfts inom hela organisationen för alla professioner. Det kan därför vara så att en modell som IBH, som lyfter arbetet med psykosocial problematik för alla professioner på vårdcentralen kan bidra till att kuratorns profession blir mer synliggjord. Det skulle därför vara intressant att undersöka vidare om ett ökat fokus på psykisk ohälsa även inom andra vårdenheter och i hälso- och sjukvården i stort kan bidra till en mer framträdande roll för hälso- och sjukvårdskuratorn.

Min studie har endast undersökt de professionellas perspektiv på hur de samspelar kring patienter med psykisk ohälsa samt vilka för- respektive nackdelar de upplever med modellen IBH. Patienternas perspektiv har med andra ord inte belysts i denna studie. Det hade därmed varit intressant att undersöka vidare om och i så fall hur patienterna påverkas av det interprofessionella teamarbetet och modellen IBH. Ett annat förslag på vidare forskning är att undersöka huruvida en utökad interprofessionell teamsamverkan kan bidra till att öka tillgängligheten för patienter med psykisk ohälsa inom primärvården.

Referenslista

Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Blomqvist, Suzanne (2004) *Ju mer vi är tillsammans. Mångprofessionellt teamarbete i vården*. (FOG-report no 50). Linköping: Department of behavioural sciences (IBV), Linköping university.

Brante, Thomas (2005) Om begreppet och företeelsen profession. *Tidskrift för Praxisnära forskning*, (1).

Bryman, Alan (2016) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Cederwald von, Anneli & Nicola Silberleitner (2018). Integrerad beteende hälsa Problemlösare i vården. I Psykologförbundets antologi *Psykolog i primärvård- inspiration för fortsatt utveckling*, Sveriges psykologförbund.

Dahlin, Mats (2018) Så får du integrerad beteendehälsa att fungera i praktiken. I Psykologförbundets antologi *Psykolog i primärvård- inspiration för fortsatt utveckling*, Sveriges psykologförbund.

D'Amour, Danielle, Marcela Ferrada-Videla, Leticia San Martin Rodriguez & Marie-Dominique Beaulieu (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, (19).

Dunér, Anna & Wolmesjö, Maria (2015) Interprofessional Collaboration in Swedish health and social care manager's perspective. *European Journal of Social Work*, 18(3):354-369.

Danermark, Berth (2005) *Samverkan - himmel eller helvete?* Malmö: Gleerups

Danermark, Berth & Christian Kullberg (1999) *Samverkan Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2012) Intervjuer. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Folkhälsomyndigheten (2022) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2022/> Hämtad: 2022-05-13.

Gåfvells, Catharina (2014) Socialt arbete i en medicinsk kontext. I Blom Björn, Lalos Ann, Morén Stefan & Olsson Mariann (Red). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hunter, Christopher L, Jefferey L Goodie, Mark S Oordt & Anne C Dobmeyer (2009) *Integrated Behavioral Health Care in Primary Care - step by step guidance for assessment and intervention*. American Psychological Association.

Klarare Ljungberg, Anna, Carina Lundh Hagelin, Carl Johan Fürst, Björn Fossum (2013) Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*,16(9):1062-9

Klarare Ljungberg, Anna & Carina Lundh Hagelin (2013) Möjligheter & utmaningar för teamarbete i palliativ vård. *Nordisk tidsskrift for Palliativ Medicin*. 30:(2) 47-50.

Kvale, Steinar & Brinkmann Svend (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur AB: Lund.

Kvarnström, Susanne (2007) *Interprofessionella team i vården. En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Licentiatavhandling. Linköpings universitet.

Molyneux, Jeanie (2001) Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of interprofessional care*,15:(1) 29-35.

Mulkins, Andrea L, Joanna Eng, Marja J Verhoef (2005) Working towards a model of integrative health care: Critical elements for an effective team. *Complementary Therapies in Medicine*. 13:(2) 115-122.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Primärvården i belysning. Jämförelser mellan landsting och regioner 2011-2015*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Robinson, Patricia J, Debra A. Gould, & Kirk D. Strosahl (2010) *Real Behavior Change in Primary Care. Improving patient outcomes & increasing job satisfaction*. New Harbinger Publications, Inc.

Robinson, Patricia J. & Jeffery T. Reiter (2008) *Behavioral Consultation and Primary Care, a guide to integrating services*. NY: Springer Science.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*

Silberleitner, Nicola, Anneli Fransworth von Cederwald, & Patricia J. Robinson (2021). *Integrerad Primärvård - principer, färdigheter och rutiner för hela vårdcentralens arbete med beteenderelaterad ohälsa*. Stockholm: Natur & Kultur.

Socialstyrelsen (2016) *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. [<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-ochutvarderingar/depression-och-angest/>] Hämtad: 2022-04-01.

SoU 2018:39 *God och nära vård. En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Svensson, Peter (2012) Teorins roll i kvalitativ forskning. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (Red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Liber: Malmö.

SVT nyheter (2022) Val 2020 /TV program/ Sveriges Television SVT, 20 april.

Thylefors, Ingela (2013). *Babels torn: Om tvärprofessionellt teamsamarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Thylefors, Ingela, E Price, O Persson & L von Wendt (2000) Teamwork in Swedish neuropaediatric habilitation. *Child: Care, Health and Development*; 26(6):515-532.

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

Vårdguiden 1177 (2022) Vårdcentralen i Skåne <https://www.1177.se/Skane/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/vardcentralen-i-skane/#section-5574> Hämtad 2022-05-13

Åsbring, Nina, Henrik Dal, Mikael Ohrling, Christina Dalman (2014) Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen*; 111:1-3.

Bilaga 1

Studie inom programmet för hälso- och sjukvårdskuratorer, Lunds universitet.

Hej!

Mitt namn är Agnes Kleine och jag studerar just nu en vidareutbildning för att bli legitimerad hälso- och sjukvårdskurator vid Socialhögskolan, Lunds Universitet. Under våren 2022 skriver jag mitt examensarbete och min studie syftar till att undersöka hur IBH metoden organiseras vid en vårdcentral.

För att få underlag till studien planerar jag att genomföra intervjuer med cirka 7-9 anställda på vårdcentral. Varje intervju beräknas ta cirka 30-45 min.

Vi träffas enligt överenskommelse för en intervju den kl:

Jag kommer att spela in intervjuerna för att sedan transkribera och analysera innehållet. Efter undersökningens slut raderas det inspelade materialet. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt och du kommer att vara anonym i redovisningen av materialet.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Studien genomförs som en del av min vidareutbildning och kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Lunds universitet.

Har du några ytterligare frågor är du välkommen att kontakta mig.

Tack för att du deltar i min studie!

Vänliga hälsningar,

Agnes Kleine

E-post: agnes_kleine@hotmail.com

Tel: 072-xxxxxxx

Handledare Stig Linde

Socialhögskolan, Lunds Universitet

E-post: stig.linde@soch.lu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

1. Hur länge har du arbetat här?
2. Har du arbetat här innan IBH infördes eller på någon annan VC utan IBH?
3. Vad känner du till om IBH?
4. Har du fått någon specifik utbildning/information i IBH under din tid som anställd här?
5. Vilka delar av IBH använder du dig av i ditt dagliga arbete?
6. Vad kan du se för fördelar med att använda metoden?
7. Vad kan du se för nackdelar?
8. Vad innebär organisationsmodellen för din yrkeskategori?
9. Hur arbetar du med psykisk ohälsa i din roll?
10. Sprids kunskap om psykisk ohälsa inom vårdcentralen och i så fall på vilket sätt?
11. Finns en samsyn på arbetsplatsen kring vad psykisk ohälsa är?
12. Vilka rutiner för samarbete mellan olika yrkesgrupper finns på arbetsplatsen?
13. Hur upplever du tillgängligheten för konsultation hos andra yrkesgrupper på vårdcentralen?
14. Hur upplever du tillgängligheten för att boka in patienter?
15. Känner du till hur andra yrkesgrupper på vårdcentralen arbetar och vilka insatser som görs?
16. Läger du upp dina patientbesök på något annat sätt än vad du gjorde innan IBH, i så fall på vilket sätt?

Olika delar inom IBH att ta med:

Tillgängligheten, Samverkan, Samsyn, Samsittning, Beteendeförändringar, Korta behandlingar, Grupper, Dokumentation