



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Multiprofessionellt teamarbete under covid-19-pandemin

En kvalitativ studie om samarbete och interaktion

Bella Venegas Montero

Masteruppsats (SOAM21)

VT 2023

Handledare: Eva Johnsson

Abstract

Author: Bella Venegas Montero

Title: Multiprofessional teamwork during the covid-19-pandemic

Supervisor: Eva Johnsson

Assessor: Lina Ponnert & Malin Arvidson

In 2020, Covid-19 was declared a global pandemic, which's effects caused a crisis situation for society, individuals as well as the multiprofessional teams in Swedish healthcare. The aim of this thesis was therefore to explore the experience of healthcare social workers, doctors and nurses in multiprofessional teams during the covid-19-pandemic and how this crisis has affected their collaboration. The study is based on qualitative approach, using semi structured interviews with nine professionals from the field. The empirical material was analysed by using analytical tools from Blumers social interactionism and Goffmans dramaturgical role theory. The main conclusion of this study showed that professionals in multiprofessional teams seemed to shape their collaboration to the changes in team constellations as well as the setting of the isolated patient rooms, including the use of protective equipment where the social interaction and roles in the teams were based on a shared understanding, communication, help over professional jurisdiction and the need of several professionals' perspectives. Furthermore, the study shows that the multiprofessional teams found arenas to debrief and share their experiences. Overall, the result of the study showed that, in spite of the challenges faced, the team-feeling and collaboration was strengthened by the crisis, where the professionals felt united in the state of emergency caused by the pandemic.

Keywords: multiprofessional teams, health care, social work, covid-19-pandemic, collaboration

Förord

Min masteruppsats ses inte som fullständig utan att jag får uttrycka min tacksamhet till de personer som gjort detta möjligt. Jag vill därmed först och främst tacka alla intervjupersoner för att ni gav av er värdefulla tid och delade med er av era värdefulla erfarenheter, utan er ingen uppsats. Jag vill även säga tack och förlåt till alla er som hjälpt mig få tag i intervjupersoner, hädanefter kommer inga fler påstridiga mejl från mig.

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare Eva Johnsson som alltid givit kloka råd och konstruktiv feedback. Tack till Åsa Ritenius Manjer för att du sådde ett frö om masterstudier, se som det blommat. Jag vill även tacka mina chefer Marie Fehre Stenberg och Maria Andersson samt Simon Heissler på enheten för forskning, utbildning och utveckling på Helsingborgs Lasarett. Tack för att ni trott på mig och min uppsatsidé samt för att ni givit mig möjligheten att studera parallellt med min tjänstgöring.

Jag vill givetvis även framföra ett tack till min fina familj. Att göra er stolta har och kommer alltid vara min främsta motivationskälla. Till min kära sambo Johan som varit ett så otroligt viktigt stöd för mig genom uppsatsskrivandet. Tack för att du har lyssnat på mig i stunder av självömkan och för att du senare hjälpt mig hitta tillbaka till entusiasmen. Du är min klippa!

Nathalie, vad vore allt detta utan dig? Tack för att du alltid funnits vid min sida. Från att ha arbetet i covidvården till att gå mastersprogrammet tillsammans och sedan lite andra utmaningar och åtaganden däremellan. Tack för att du är lika enveten och nyfiken som jag. Vad ska vi göra härnäst?

Lund, augusti 2023

Bella Venegas Montero

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	8
1.3 Centrala begrepp	8
1.3.1 Kris	8
1.3.2 Multiprofessionella team och professioner	9
1.3.4 Samarbete	9
2. Kunskapsläget	10
2.1 Relationella aspekters inverkan på teamet	10
2.1.1 Maktrelationer i organisationen och teamet	11
2.1.2 Identitet, professionsgränser och integration	12
2.2 Kommunikativa aspekters inverkan på teamet	13
2.2.1 Forum för kommunikation och samarbete	13
2.2.2 Kommunikationens betydelse i en krissituation	14
2.3 Förutsättningar för teamarbetet under covid-19-pandemin	15
2.3.1 Stressfaktorer och motståndskraft	15
2.3.2 Materiella och rumsliga barriärer	17
2.4 Summering	18
3. Teoretiska utgångspunkter	18
3.1 Symbolisk interaktionism	19
3.2 Sociala roller och framträdanden	21
3.3 Sammanföring av teori och analytiska begrepp	22
4. Metod och metodologiska överväganden	23
4.1 Forskningsansats	24
4.2 Förförståelse	25
4.3 En semi-strukturerad intervjuundersökning	26
4.4 Målstyrt urval	27
4.5 Intervjupersoner	28
4.6 Studiens tillförlitlighet	29
4.7 Bearbetning av empiri och analys	31
4.8 Studiens förtjänster och begränsningar	33
4.9 Forskningsetiska överväganden	34
5. Resultat och Analys	36
5.1 Scenografin som en del av interaktionen	36
5.1.1 Det isolerade rummet	37
5.1.2 Förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet	42
5.2 Teamet runt patienten	46
5.2.1 Teamkonstellationen	47
5.2.2 Rollfördelning	51
5.3 Meningsskapande i en krissituation	57
5.3.1 Personalens strategier att hantera kris	57
5.3.2 Kollegialt stöd genom olika forum	62
6. Avslutande diskussion	68
7. Referenslista	72
8. Bilagor	79
8.1 Bilaga 1 Intervjuguide	79
8.2 Bilaga 2 Informationsbrev	81
8.3 Bilaga 3 Samtyckesblankett	82

1. Inledning

Hösten 2020 började jag och mina kuratorskollegor att arbeta på sjukhusets, då omställda, covidavdelningar. Den allvarsamma och ovissa situation som präglade samhället var uppenbar på sjukhuset, i synnerhet på de avdelningar som omvandlats till att vårda personer som blivit svårt sjuka av viruset. Efter handledning och reflektion med personer på arbetsplatsen och på Socialhögskolan uppstod idén till denna masteruppsats. Mycket av arbetet under pandemin gjordes i multiprofessionella team, så som är vanligt förekommande i hälso- och sjukvården (Berlin & Sandberg 2016).

Multiprofessionellt teamarbete beskrivs av Världshälsoorganisationen (1999; 2011) syfta till att förena arbetet mellan olika professioner så som läkare, sjuksköterska, hälso- och sjukvårdskurator, undersköterska och fysioterapeut för att de tillsammans ska tillgodose patienters fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Multiprofessionella team består således av minst två olika professioner som har kompletterande kompetenser där samarbetet formas kring syftet att ombesörja patienters vårdbehov. Såväl det medicinska fältet som det sociala arbetet förenas i det gemensamma målet att ta hand om patienters fysiska och psykosociala besvär, där samarbetet över professionsgränserna verkar för säkerställandet av en god och jämlikvård för patienter (Munthe 2009; Socialstyrelsen 2020). Även om det medicinska fältet är överordnat har tidigare studier visat på att det sociala arbetet i hälso- och sjukvården vid pandemier är betydelsefullt (Cheung 2020; Pockett 2016).

Medan såväl teamets funktion som syfte definieras genom gemensamma mål väcks emellertid frågor om teamarbetets process och hur multiprofessionella team arbetar för att uppnå dessa mål när de behöver förhålla sig till en krissituation. Det som blev utmärkande för teamarbetet under pandemin var att jag, liksom andra professioner, arbetade i full skyddsutrustning och under påtagligt förändrade omständigheter. Krissituationen väckte därmed frågor hos mig avseende hur pandemin kommit att påverka samarbetet i de multiprofessionella team som består av professioner från både det medicinska fältet och det sociala arbetet.

1.1 Problemformulering

Våren 2020 deklarerades, av Världshälsoorganisationen, en pandemi till följd av den globala spridningen av det sedan tidigare okända covid-19-viruset. Virusets smittsamhet krävde isolering och begränsade sociala interaktioner, vilket åtskilde människor samtidigt som pandemins utbredning påverkade alla i samhället och sammanförde människor i en delad upplevelse. I och med detta ställdes hela världen om och samhällsinstanser, grupper och individer behövde förhålla sig till ett nytt, osynligt och i värsta fall dödligt hot. Covid-19-pandemin påverkade i hög grad hälso- och sjukvården som stod inför en situation med ökade vårdbehov, höga dödstal samt nya smittskyddspolicys och behandlingsriktlinjer i ständig förändring (Brolin, Callenberg & Westrell 2022). Under pandemikrisen uppmärksammades det bland annat att medicinlager och skyddsutrustning saknades i den utsträckning som behövdes för att möta vårdbehoven (Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Sörlin 2020). Trots väsentligt förändrade arbetsförhållanden för de multiprofessionella teamen kvarstod det lagstadgade uppdraget om att erbjuda god och säker vård vilket inbegriper såväl omhändertagande av medicinska åkommor som psykosociala besvär (SFS 2017:30; Socialdepartementet 2022).

Tidigare forskning har visat att samarbetet mellan olika professionerna i multiprofessionella team bidrar till en samsyn och nyttjande av de olika kompetenserna, samtidigt som det visat sig medföra risker i form av konflikter och ökade försvar av professionsgränser när samarbetet brister (jfr. Glaser & Suter 2016; Johansson 2011; Kvarnström 2008; Kvarnström & Cederlund 2006). Således gav covid-19-pandemin upphov till prekära frågeställningar kring hur ett välfungerande samarbete kunde uppnås inom de multiprofessionella teamen. Det blir därför väsentligt att undersöka hur de multiprofessionella teamen förhöll sig till covid-19-pandemins förändrande förutsättningar.

Hälso- och sjukvårdens förändrade förutsättningar beskrivs av sociologen Rebecca Sellberg (2022) i en artikel med vittnesmål från intensivvårdspersonal. I artikeln synliggörs hur det okända viruset, den bristande tillgången av skyddsutrustning och den långutdragna krisen skapade rädsla, ovisshet och etisk stress hos personalen. Forskning som undersökt konsekvenserna av pandemin för det multiprofessionella teamarbetet visar på att teamens samarbete och handlingsförmåga påverkades negativt av arbetsmiljön,

psykiska stressorer och organisatoriska strukturer (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Traylor et al. 2021). Rumsliga och materiella barriärer som uppstod till följd av en ökad användning av skyddsutrustning, begränsningar av antalet personer i vårdutrymmen, och smittskyddspolicys försvårade kommunikationen mellan teammedlemmar (jfr. Hayirli et al. 2021; Molnar-Szakacs et al. 2021). Dessa barriärer har emellertid även visat sig bidra till en stärkt teamkänsla då multiprofessionella team samarbetade över professionsgränserna och kunde mötas i forum där de delade och validerade varandras upplevelser (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021; Traylor et al. 2021).

Rådande forskningsfält hanterar olika infallsvinklar på hur covid-19-pandemin påverkade det multiprofessionella teamarbetet. Det saknas emellertid allt som oftast ett samhällsvetenskapligt perspektiv som dels undersöker de sociala interaktionerna, dels undersöker multiprofessionella team som består av professioner från både det medicinska fältet och det sociala arbetet. Förekomsten av analys kring det sociala arbetets funktion i multiprofessionella team under pandemin har i tidigare studier varit bristfälligt, bortsett från studier som specifikt studerat hälso- och sjukvårdskuratorers upplevelser (jfr. Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021). Utifrån den krissituation som uppstod under pandemin blir det väsentligt att studera hur de multiprofessionella teamens samarbete påverkades av förändrade arbetsförhållanden. Vad händer i de multiprofessionella teamens som består av professioner från både det medicinska fältet och det sociala arbetet när arbetet görs i krissituationer? Hur påverkas samarbetet och professionernas roller och hur kan det förstås mot den sociala situation professionerna befinner sig i?

Även om covid-19 inte längre betecknas som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom eller pandemi går det att konstatera att denna tidsperiod inneburit en omställning för såväl samhället som för de multiprofessionella teamen i hälso- och sjukvården. Att en pandemi av denna omfattning skulle ske igen är inte en fråga *om*, utan *när*. Detta genererar i sin tur behov av kunskap inför framtida kriser. Denna studie ämnar bidra med samhällsvetenskaplig kunskap som undersöker hur samarbetet i multiprofessionella team påverkades av covid-19-pandemin. Följaktligen ämnar studien bidra till en förståelse för samarbetet i multiprofessionella team under covid-19-pandemin genom att undersöka faktorer som beskrivs påverka den sociala situationen och huruvida dessa faktorer haft en inverkan på samarbetet.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka och förstå hälso- och sjukvårdskuratorers, läkares och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i multiprofessionella team under covid 19-pandemin och hur pandemin påverkade deras samarbete.

Syftet är nedbrutet i följande frågeställningar:

- På vilket sätt förändrades arbetsförhållanden och interaktioner genom de rumsliga sammanhangen som professionerna arbetat i?
- Hur formades och fördelades roller inom de multiprofessionella teamen i relation till förändrade arbetsförhållanden?
- Vilka meningsskapande faktorer blev framträdande vid samarbete och kommunikationen i de multiprofessionella teamen?

1.3 Centrala begrepp

1.3.1 Kris

Kris är ett mångdimensionellt begrepp som inbegriper händelser från vardagslivet till samhällsfunktioner. I denna studie används kris som ett samlat begrepp för att beskriva extraordinära händelser som drabbar en större mängd människor och/eller samhälle (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap 2023; Krisinformation 2023). Krissituationer karaktäriseras av såväl synliga som osynliga hot där individers, grupper och samhällets tidigare erfarenheter, kunskaper och reaktionsmönster inte är tillräckliga för att förstå och/eller hantera händelsen (Brolin, Callenberg & Westrell 2022). I studien används begreppet kris i synnerhet i relation till covid-19-pandemin, vilket betecknas som en omfattande och unik samhällskris (Sörlin 2020). Begreppet kris relaterar till covid-19-pandemins komplexitet som utspelar sig på flera nivåer i samhället, bland annat enskilda individers mående och livsvillkor och samhällets välfärdssystem. Gemensamt för krisen på samtliga nivåer är omställningen samt att krisen är långdragen och hotfull i sin karaktär (Brolin, Callenberg & Westrell 2022).

1.3.2 Multiprofessionella team och professioner

Hur multiprofessionella team betecknas eller organiseras råder det ingen konsensus kring, varken i dess definition eller funktion (Martin & Finn 2011; Payne 2000; Xyrichis & Ream 2008). I litteraturen har olika sorteringsmodeller av teamförståelse och begrepps användning beskrivits. Bland annat har olika team identifierats som *multi-*, *inter-* och *transprofessionella* (Thylefors 2013, s. 46; Payne 2000, s 9). Jag har valt att utgå från begreppet *multiprofessionella team* vilket beskriver det sammanhang där olika professioner, med varierande kunskap och kompetenser, är en del av en strukturerad organisation som tillhandahåller olika tjänster (ibid.).

Begreppet multiprofessionella team relaterar till begreppet *professioner*, vilket likaså följer med olika begrepps förklaringar i litteraturen. Jag utgår från sociologen Thomas Brantes (2005, s. 9) definition av professioner som "...bärare och förmedlare av samhälleligt sanktionerade, abstrakta kunskapssystem som ger dem förmågan att utföra handlingar som uppfattas som svåra och värdefulla av allmänheten/klienten". I föreliggande studie görs ingen särskiljning utifrån diskussion om klassiska professioner eller semiprofessioner utan samtliga yrkesgrupper räknas in i den övergripande definitionen. Jag har även valt att inte särskilja på olika yrkestitlar som kan komplettera en grundläggande professionstitel, så som erhålls via legitimation eller specialistutbildningar. Professionstiteln hälso- och sjukvårdskurator är främst förekommande inom den svenska kontexten och översätts vanligen till *clinical social worker* eller *social worker in health care* i en anglosaxisk kontext. Jag är medveten om att professionstitlar kan variera i litteraturen, detta anses dock inte påverka forskningsfrågorna. Därmed kommer jag konsekvent använda professionstitlarna hälso- och sjukvårdskurator, läkare och sjuksköterska.

1.3.4 Samarbete

Samarbete är ett återkommande begrepp i studien och eftersom detta begrepp är brett och kan ibland användas synonymt med samverkan behövs ett klagörande om vilken definition jag valt att utgå från. Samarbete används vanligen för att beskriva när människor går samman och arbetar riktat mot ett specifikt ändamål. Definitionen som jag utgår från är hämtad från Världshälsoorganisationen (2010, s. 7) som förklarar att samarbete i hälso- och sjukvården uppstår när ett flertal professioner med skilda

yrkesbakgrunder och kompetenser går ihop och arbetar tillsammans med bland annat patienter och anhöriga.

2. Kunskapsläget

I detta avsnitt presenteras en översikt av kunskapsläget. De vetenskapliga artiklar som ligger till grund för kunskapsläget är sökta i databasen LUBsearch. Här har olika kombinationer av sökord använts så som *social work*, *teamwork*, *multiprofessional team*, *interprofessional team*, *covid-19*, *coronavirus*, *healthcare workers*, *social workers in healthcare*, *crisis*, *disasters*, *healthcare* och *collaboration*. Jag har gjort en selektion av artiklar genom två steg, initialt har titlar och abstract granskats mot studies syfte och därefter har valda artiklar granskats i sin helhet. De artiklar som jag senare bedömde som relevanta inkluderades. Studier som genomförts i andra verksamheter än hälso- och sjukvården har inkluderats då dess vetenskapliga fynd ansetts väsentliga för studien. Forskningen som presenteras har genomförts i såväl nationell som internationell kontext där merparten av artiklarna tillämpat kvalitativ metodik eller mixed-methods. Övervägande del av studierna har genomförts i västvärlden, dessa hälso- och sjukvårdssystem ter sig tämligen snarlika i hänseende att hälso- och sjukvårdskuratorer ses som en del av teamet. Eftersom multiprofessionella team kan bestå av professioner som inte inkluderats i denna studie kommer dessa professioner att uteslutas i redogörelsen. Eftersom kunskapsläget syftar till att ge en överblick av ett mångsidigt forskningsområde kan den därmed inte ses som uttömmande. Forskningen som inkluderats belyser flertalet aspekter som är relevanta för att förstå samarbetet i multiprofessionella team. Därmed har kunskapsläget disponerat utifrån tre övergripande teman: *Relationella aspekters inverkan på teamet*, *kommunikativa aspekters inverkan på teamet och förutsättningar för teamarbetet under covid-19-pandemin*.

2.1 Relationella aspekters inverkan på teamet

Kunskap som utvunnits inom forskningsområdet återkommer till att skildra relationella aspekter vid studier om multiprofessionella team så som maktordning och konflikt mellan handlingslogiker. De relationella aspekterna relaterar likaså till hur teamdynamiken och samarbetet påverkas av dubbla identiteter, dels hos den egna professionen, dels inom teamet. Ett återkommande tema inom forskningsfältet avser hur relationella aspekter påverkar samarbetet i erfarenheter av konflikt och interaktion (jfr.

Apesoa-Varano 2013; Brante et al. 2015; Emilsson 2013; Glaser & Suter 2016; Kvarnström 2008; Kvarnström & Cederlund 2006; Sjöström 2013).

2.1.1 Maktrelationer i organisationen och teamet

En svensk avhandling som studerat spänningsförhållanden mellan institutioner vid Barnahus interorganisatoriska samverkan visade på en inneboende konflikt mellan två motstridiga institutionella logiker: en social behandlingslogik och en straffrättslig logik, där den senare generellt fått ett större tolkningsföreträde (Johansson 2011). I den svenska hälso- och sjukvården är den medicinska logiken dominerande vilket forskaren i socialt arbete Manuela Sjöström (2013) visat i sin komparativa studie av hälso- och sjukvårdskuratorers professionaliseringsprocesser. Svenska hälso- och sjukvårdskuratorer intog en *mimetisk strategi* till skillnad mot tyska hälso- och sjukvårdskuratorer som intog en *aposematisk strategi* (Sjöström 2013, s. 256–257). Den mimetiska strategin innebar att professionen smälte in i organisationen genom att relatera till den dominerande medicinska logiken, vilket står mot den aposematiska strategin där professionen i stället relaterade till det sociala arbetets logik. Att den medicinska logiken tenderar vara överordnad har belysts i flertalet andra internationella studier (jfr. Finn, Learmonth, Reedy 2010; Oborn & Dawson 2010).

Johnsson och Olofsson har visat att samarbete är grundläggande för relationsskapandet mellan professioner och att det inom hälso- och sjukvården förekommer samarbete och arbetsindelning av hög grad. Samarbetet beskrevs dock villkorat av en hierarkisk professionsstruktur (Johnsson & Olofsson 2014 se Brante et al. 2015). Enskilda professioners beskrivningar av maktrelationer i multiprofessionella team varierar emellertid i studier. Häribland hänvisar läkare till det multiprofessionella teamet som ett hierarkiskt sammanhang där sjuksköterskor är underordnande – samtidigt som teamarbetet utifrån sjuksköterskors perspektiv beskrivs som ett arbetssätt där professionen ges status och mandat att påverka patientvården (Makaryet al. 2006; Thomas et al. 2003; Xyrichis & Ream 2008). Ur hälso- och sjukvårdskuratorers perspektiv framhålls två nyckelkomponenter försvåra integration i teamet vilka relaterar till maktrelationer: upplevelse av bristande förståelse från övriga professioner kring det sociala arbetets praktik i den medicinska kontexten, samt att de inte får arbeta i den omfattning som de har kompetens för (Glaser & Suter 2016; Ross et al. 2021).

2.1.2 Identitet, professionsgränser och integration

Professioners varierande kunskap och bedömning beskrivs som en tillgång när det finns en samsyn kring hur multiprofessionella team tillsammans ska arbeta med problem och mål (Glaser & Suter 2016). Detta beskrivs i form av en *interprofessional socialization*, en social identitet för det egna yrket och en social identitet för den tvärprofessionella gemenskapen (Arndt et al. 2009; Glaser & Suter 2016). Liknande resultat skildras i en svensk studie som visade på att tillhörigheten till både en specifik profession och ett multiprofessionellt team ses som en tillgång (Kvarnström & Cederlund 2006). De olika professionsidentiteterna tillför en förståelse för samtligas funktioner och roller i teamet där ett ömsesidigt förtroende samt lärande över professionsgränserna konstruerade en kollektiv identitet där pronomen *vi* användes återkommande vid samtal om teamet. Förhållningssättet till dubbla identiteter har i en amerikansk studie beskrivits som flexibla och formbara genom dess uttryck i professionernas gränsarbete (Apesoa-Varano 2013). Studien visade att professionsgränser omtolkas och tilldelades ny mening i situationer med skiftande och svåra arbetsförhållanden. Arbetssättet stärkte samarbetet och den kollektiva identiteten då det fanns en gemensam förståelse för behov av flexibilitet. Detta var emellertid inte helt okomplicerat, utan konflikter och ifrågasättande kunde uppstå.

Sociologen Susanne Kvarnström (2008) framhåller hur svårigheter i teamdynamiken kan uppstå när professionsbunden kunskap inte överensstämmer med teamets gemensamma kunskap. Professioner kunde då avstå från att delge sin bedömning för att känna tillhörighet till teamet. Studiens resultat pekade även mot att teamdynamiken präglades av konflikter när professioner överskred professionsgränserna. I en studie om multiprofessionellt teamarbete i äldrevården förelåg emellertid ingen konkurrens mellan professionerna, de olika rollerna beskrevs snarare som kompletterande då samtliga professioner hade en integrerad del i teamet (Emilsson 2013). I studien resonerar Ulla Melin Emilsson, forskare i socialt arbete, kring att studiens resultat, vilket talar emot tidigare studier som visar på konflikter mellan professioner, kan ha påverkats av att teamet som studerats hade arbetat ihop i mer än nio år.

2.2 Kommunikativa aspekters inverkan på teamet

Kommunikationens betydelse för samarbetet i multiprofessionella team är ett återkommande tema inom detta mångsidiga forskningsfält (jfr. Glaser & Suter 2016; Khalili et al. 2019; Lackie & Murphy 2020; Lindh Falk, Hopwood & Abrandt Dahlgren 2017; Macdonald et al. 2009; Manser 2009; Milton et al. 2022; Orr 2010; Stadick 2020). Kommunikation beskrivs återkommande vara villkorade av organisatoriska som samhälleliga premisser.

2.2.1 Forum för kommunikation och samarbete

I en kanadensisk studie beskrevs kommunikationen vara en nyckelkomponent för samarbetet vilket tillgodoseddes genom team-möten, ronder och gemensamma patientbesök där personalen diskuterar teamarbetet mot patienternas behov (Glaser & Suter 2016). I en svensk studie fann forskarna liknande resultat avseende att organisatoriska förutsättningar möjliggör en fungerande kommunikation när team får tillgång till forum där de kunde träffas och föra diskussioner om arbetet (Lindh Falk, Hopwood & Abrandt Dahlgren 2017). Studien analyserades med de socialmaterialistiska begreppen *orchestration* samt *commonality* (ibid. s. 6). *Orchestration* beskriver en kedja av interaktioner som en orkestrering av kunskap som rör sig från en situation där en profession interagerar med en annan profession eller patient, till en situation där flera professioner blir en del av aktiviteten. Det senare, *commonality*, beskriver hur interaktion mellan professioner uppstår vid gemensamma diskussioner som leder till en samsyn som inte är associerad till en specifik profession. Dessa forum för kommunikation möjliggjorde ett pågående lärande och relationsskapande då professionerna kunde ställa frågor och utforska varandras kunskaper (ibid). Liknande resultat skildras i forum som remissfördelning och bedömningsronder där *synchronous co-operation*, ett synkront samarbete synliggjorde att teammedlemmar inte enbart fokuserade på sina egna uppgifter utan även identifierade behov av hela teamets resurser (Emilsson 2013, s. 127).

I flera internationella studier har resultaten pekat mot att strukturerade mötesstrukturer och tydligt ledarskap genererar forum där team skapar gemensamma mål, rolltydlighet samt en respektfull och meningsfull kommunikation (jfr. Khalili et al. 2019; Lackie & Murphy 2020; Orr 2010; Stadick 2020). I en amerikansk studie beskrevs en *effektiv kommunikation* karakteriseras av tålmod, icke-dömmande förhållningssätt och respekt

(Stadick 2020, s. 4). Den effektiva kommunikationen förutsatte emellertid tid och resurser, teammedlemmarnas tillgänglighet samt tillgång till strukturerade kommunikationsvägar och mötesstrukturer, annars kunde konflikter uppstå (Stadick 2020). I en svensk studie identifieras kommunikations- och samarbetsvårigheter dels inom organisationen genom bristande ledningsstöd samt krävande fysisk- och psykosocial arbetsmiljö, dels inom teamet då det förelåg skilda åsikter gällande roller, ansvar och förtroende (Milton et al. 2022). Tillhandahållandet av strukturerade debriefings, så kallade reflektionsforum, förbättrade samarbetet då teamet dels fick möjlighet att skapa förståelse dels för det multiprofessionella arbetet, dels självkännedom om den egna professionen (ibid.).

2.2.2 Kommunikationens betydelse i en krissituation

Internationella studier om multiprofessionellt teamarbete inom olika verksamheter framhåller att krissituationer ställer betydande krav på enskilda professioner och teamens fysiska, psykologiska och interpersonella färdigheter (James 2011; Orasanu & Lieberman, 2011). Tre områden identifierades som utmanade men också lösningen för ett välfungerande teamarbete: samarbete, koordination och kommunikation. En god kommunikation och multiprofessionellt teamarbete lyfts fram som nödvändigt för att navigera agerande och förhållningssätt vid krissituationer. Under tidigare krisartade utbrott av infektionssjukdomarna svår akut respiratorisk sjukdom (SARS), svininfluensan, middle east respiratory syndrome (MERS) och Ebola-viruset påvisades att ett ömsesidigt förtroende, gemensamma beslut och kommunikation i de multiprofessionella teamen var avgörande faktorer för teamens samarbete, krishantering och för att hitta lösningar på problem som uppstod på vårdavdelningar (Al Knawy et al. 2019; Holmgren 2019; Honey & Wang 2013; Tseng et al. 2005; Goldman & Xyrichis 2020). Detta genererade känsla av gemenskap samt klargörande av roller och ansvar vilket i förlängningen främjade patientsäkerheten och personalens hälsa vilket lyfts fram som väsentligt vid beredskap för framtida epidemier och pandemier (ibid.).

I en amerikansk studie beskrevs att komplexa, dynamiska och krisartade händelser som skedde i samhället även skapade krissituationer inom teamen då arbetet bedrevs i extrema miljöer och i ett högt tempo (Power 2018). Andra studier har undersökt förekomsten och verkan av *etisk stress* bland professioner i multiprofessionella team vid

krisarbete (Gustavsson et al. 2019; Gotowiec & Cantor-Graae 2017). Det multiprofessionella teamarbetet beskrivs både som en risk- och skyddsfaktor utifrån om det kollegiala stödet inom teamarbetet varit bristande vid etiska dilemman eller om där funnits en ömsesidig tillit och stöttning bland teammedlemmarna (Gustavsson et al. 2019).

2.3 Förutsättningar för teamarbetet under covid-19-pandemin

Forskningsläget avseende multiprofessionellt teamarbete under covid-19-pandemin återkommer till att belysa den fysiska- och psykosociala arbetsmiljöns inverkan på samarbetet. Utmärkande faktorer har identifierats i teamens förmågor att hantera förändrade arbetsförhållanden genom kommunikation och gemensamma forum för samtal om upplevelsen av arbetet (jfr. Akerstrom et al. 2022; Erchens et al. 2022; Hayirli et al. 2021; Jonsdottir et al. 2021; Jordan, Connors & Mastalertz 2022; Molnar-Szakacs et al. 2021; Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021; Traylor et al. 2021).

2.3.1 Stressfaktorer och motståndskraft

Två svenska studier har undersökt hur förändrade arbetsrutiner under covid-19-pandemin påverkat arbetsmiljön för multiprofessionella team vid samma sjukhus (Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021). Studierna visar att covid-19 pandemin bidrog till besvärliga arbetsmiljöer vilket karakteriserades av brist på skyddsutrustning, oro för smitta, tvivel kring om genomförda förändringar var tillräckliga samt kommunikativa utmaningar utifrån ständigt uppdaterade rutiner (ibid.). Den ena studien drog slutsats om att personal som arbetade med att vårda patienter som insjuknat i covid-19 beskrev en sämre arbetsmiljö än de som inte arbetade med denna patientgrupp (Jonsdottir et al. 2021). Ytterligare en översiktsstudie fann att personal utsattes för en ökad psykisk påfrestning när de behövde ta hand om och vårda patienter som blivit sjuka av viruset, vilket skapade en osäker arbetssituation (Pappa et al. 2020). Internationella studier beskriver att förändrade arbetssätt gav upphov till osäkerhet kring symptom bild och behandlingsmöjligheter samt begränsningar att arbeta i linje med professionsetiska värderingar (Nicholas et al. 2023; Traylor et al 2021). En tydlig kommunikation, vilket innefattade regelbundna och korrekta uppdateringar om covid-19-viruset och arbetsriktlinjer, beskrevs emellertid kunna leda till ombesörjning av personalens oro och osäkerhet (jfr. Adams & Wall 2022; Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021; Xiang et al.

2020). Stressfaktorer för de multiprofessionella teamen under covid-19-pandemin har i en litteraturöversikt beskrivits som unika på flera sätt, vilket sätts i relation till de miljontals dokumenterade fall av sjukdomen, ökade sjukhusinläggningar och bristande tillgång till skyddsutrustning (Traylor et al. 2021). Även om arbetsmiljöfrågor relaterat till personalbrist och vårdplatsbrist var aktualiserade innan pandemin har internationella studier visat att ytterligare stressorer var inneboende i arbetets förändrade förutsättningar. De förändrade förutsättningarna handlade om längre arbetspass, underbemanning på grund av smittspridning bland personal, ökad arbetsbelastning, tidspress samt tilldelning av nya arbetsplatser och därmed nya teamkonstellationer (Gohar, Larivière, & Nowrouzi-Kia, 2020; Traylor et al. 2021). Detta beskrevs skapa tvetydigheter kopplat till rollidentiteter och den förändrande arbetsmiljön (Traylor et al. 2021).

De multiprofessionella teamens förmåga att upprätthålla fokus över tid beskrevs som stärkande för teamarbete och teamens motståndskraft (Traylor et al. 2021). Strukturerade och systematiska mötesstrukturer framställs i flertalet studier, internationella som nationella, möjliggöra forum där samtliga professioner i teamet kunde mötas i och hantera ovan beskrivna besvärliga stressorer (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021; Traylor et al. 2021). *Pre-briefing* och *de-briefing* beskrevs som två former av möten där personal kunde lyfta problem och osäkerhet till övriga i teamet, genom dessa reflektionsforum främjades tillit i teamet. Reflektionsforum har även visats möjliggöra samtal kring upplevelsen av arbetet, roller och samarbete vilket bidragit till en stärkt vi- och teamkänsla samt ett erkännande för personalens upplevda oro för smitta och belastade arbetssituation (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Ross et al. 2021). Det kollegiala stödet beskrevs konsekvent som betydelsefullt under pandemin där validering och bekräftelse i att samtliga i teamet delade det svåra som pandemin skapat, motverkade känsla av ensamhet (Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023). I en studie beskrevs emellertid erfarenheter av samarbete, kommunikation och stärkt gemenskap bero på hur välfungerande multiprofessionella teamen varit innan pandemin (Nicholas et al. 2023). Resultatet pekar mot att team som inte var särskilt välfungerande innan pandemin inte reformerades under pandemin. Däremot framkom det att team som var välfungerande innan pandemin hittade lösningar på kommunikationssvårigheter.

2.3.2 Materiella och rumsliga barriärer

I en amerikansk intervjustudie framkom det att materiella barriärer så som skyddsutrustning hindrade personalen att känna igen teamkollegornas professionsbundna uppdrag (Hayirli et al. 2021). Skyddsutrustningen har visat sig vara en försvårade omständighet för kommunikationen och informationsflödet vilket även bekräftats i andra internationella studier (jfr. Bindu et al. 2022; Brown-Johnson et al. 2020; Foula et al. 2021; Molnar-Szakacs et al. 2021). I två studier beskrevs skyddsutrustningen som hämmande för personalens möjligheter att kommunicera då sinnesuttryck som tal, hörsel och syn begränsades av skyddsutrustningen (Erchens et al. 2022; Molnar- Szakacs et al. 2021). I studierna drogs slutsatser om att interaktioner och relationer påverkades negativt då personalen kände sig förfrämligande från gemenskapen. Skyddsutrustningen har emellertid även bidragit till att teammedlemmar hittat nya former för social interaktion vilket stärkt teamkänslan (Erchens et al. 2022).

De rumsliga barriärerna som karakteriseras av begränsad tillgång till patientsalar och gemensamma utrymmen på arbetsplatsen har likaså beskrivits som bidragande till en ökad fysisk och emotionell distans i mötet mellan teammedlemmarna (Hayirli et al. 2021). Känslan av tillhörighet och sammanhållning påverkades således negativt. I internationella studier om hälso- och sjukvårdskuratorers erfarenheter av teamarbetet under pandemin framkommer det att professionens arbete inte ansågs tillräckligt viktigt och prioriterat vid ransonering av skyddsutrustning (Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021). Hälso- och sjukvårdskuratorer beskrevs arbeta i högre utsträckning genom telefon- och digitala kommunikationsvägar med både patienter och kollegor vilket skapade känsla av utanförskap. Den sociala distansen som följde med rumsliga barriärer var dock inte enbart problematisk utan arbetet formades efter förutsättningarna. Två studier fann att hälso- och sjukvårdskuratorer arbetade mer med stödinsatser till kollegor (Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021). Det framkommer även att multiprofessionella team skapade nya arbetssätt genom ett lärande över professionsgränser, bland annat genom att hälso- och sjukvårdskuratorer tog fram rutiner som medicinsktutbildade professioner använde sig av för att kartlägga patienters psykosociala situation och resurser (Ross et al. 2021). Gränsarbetet visade sig även i form av att professionerna hjälptes åt med basala uppgifter som att ta in material till patientrummen och att läkare hjälpte sjuksköterskor med omvårdnadsuppgifter (Jordan, Connors & Mastalertz 2022).

2.4 Summering

Sammantaget visar ovanstående orientering i kunskapsläget komplexiteten vid studier om multiprofessionellt teamarbete vad avser relationella och kommunikativa aspekter. Paradoxalt nog beskrivs de faktorer som utgör ett fördelaktigt multiprofessionellt teamarbete vara samma faktorer som kan utgöra hinder. Studier som undersökt relationella aspekter skildrar hur maktrelationer, handlingslogiker och identiteter påverkar hur upplevelsen av samarbete erfärs genom resultat som å ena sidan beskriver ett integrerade arbetssätt, å andra sidan beskriver konflikter inom teamen. Således antyder forskningen att det föreligger en dynamik i multiprofessionella team som påverkar hur samarbetet formas. Genomgående i kunskapsläget framhålls kommunikationen inom teamen påverka erfarenheter av samarbetet. Forskning om kommunikativa aspekters inverkan lyfter fram att samarbetet i multiprofessionella team stärks i situationer då kommunikationen förankras till strukturerade forum. Kommunikationens betydelse lyfts likaså fram i studier som centrerats kring teamarbete under covid-19-pandemin. Forskningen är dock inte konsekvent i detta hänseende då somliga studier beskriver att samarbetet stärktes som följd av materiella och rumsliga barriärer då nya typer av arbetssätt och interaktion implementerades samtidigt som dessa barriärer kunde påverka kommunikationen negativt. Betydelsen av kollegialt stöd och en gemensam förståelse för situationen beskrevs stärka teamens motståndskraft mot stressfaktorer som var inneboende i de förändrade arbetsförhållandena. I studier som studerat teamarbetet under andra former av krissituationer går det utläsa att de multiprofessionella teamen ofta består av personer med olika upplevelser och värderingar. En utmaning med multiprofessionellt teamarbete ses således i att möjliggöra ett gott samarbete samtidigt som teamets medlemmar behöver uppleva att arbetet bedrivs i linje med professionsetiska värderingar.

3. Teoretiska utgångspunkter

För att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers, läkares och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i multiprofessionella team under covid 19-pandemin och hur det påverkat deras samarbete har jag tagit stöd av teoretiska begrepp från Blumers symboliska interaktionism och Goffmans dramaturgiska rollteori. De teoretiska perspektiven kommer inte att användas i sin helhet utan ett antal centrala begrepp har valts ut, vilka ansetts vara relevanta för att analysera det empiriska materialet och besvara

studiens syfte och frågeställningar. Jag kommer inledningsvis beskriva valda teorier och begrepp för att senare sammanföra teorierna i resonemang om hur jag kommer använda mig av begreppen i analysen.

3.1 Symbolisk interaktionism

Sociologerna George Herbert Mead och Charles Horton Cooley beskrivs som två inflytelserika företrädare vilka haft betydelse för den symboliska interaktionismen grundande, trots att de inte använde sig av termen som sådan i sin forskning (Trost & Levin 2018). Teorin utvecklades när sociologen Herbert Blumer (1969) myntade symbolisk interaktionism som ett teoretiskt redskap. Den symboliska interaktionismen tar sin utgångspunkt i analys och tolkning av den sociala verklighet där meningsskapande förstås komma ur interaktionen mellan människor. Teorin vilar på antaganden om att grupper och samhällen består av handlande människor som befinner sig i *situerade sammanhang*. All interaktion ses som formativ, social och sker genom symboler. Den symboliska interaktionismen utifrån Blumers (1969) teoribildning är underbyggd av flertalet centrala resonemang där jag valt att inkludera de analytiska termerna *tre premisser* samt *root images*, vilka översätts som grundläggande idéer.

Blumer (1969, s. 2) beskriver att den *första premissen* tar sin utgångspunkt i att människor agerar mot *symboler* utifrån den mening dessa har för människorna. Dessa symboler avser allt som människan kan observera i omgivningen så som fysiska föremål, andra människor och deras aktiviteter, institutioner, vägledande ideal och moraliska principer, samt situationer som människor stöter på i vardagen (Blumer 1969, s. 56). Den första premissen kommer jag använda i relation till Blumers (1969, s. 10-12) grundläggande idé *symbolernas natur*, vilket handlar om människor som agerar mot allt som kan anges eller refereras till. Dessa symboler fördelas i tre kategorier: *fysiska föremål*, *sociala föremål* och *abstrakta föremål* vilka var för sig är beståndsdelar och tillsammans utgör helheten av de sammanhang som människor agerar inom.

Den *andra premissen* beskriver att *meningsskapandet* och själva källan till mening härrör från och uppstår ur den sociala interaktionen mellan människor (Blumer 1969, s. 2-3). Betydelsen av symboler ses därmed som en social produkt vilket tar form i och genom aktiviteter som definieras av människors interagerande. På så vis konstrueras det sociala

agerandet genom att individer noterar, tolkar, värderar och bedömer sociala situationer för att kartlägga det egna agerandet. Den andra premissen kommer att användas i relation till Blumers (1969, s. 6-10) grundläggande idé *den sociala interaktionens natur* vilket handlar om att den sociala interaktionen formar individers handlande där essensen i den sociala interaktionen handlar om att människor behöver ta hänsyn till andra människors agerande i hanteringen av det egna agerandet. Denna grundläggande idé ligger även nära idén om att *människan är en agerande organism* som inte enbart reagerar på andra utan även ger indikationer till omgivningen och sig själv.

Den *tredje premissen* beskriver hur meningsskapandet står under konstant förhandling då den sociala interaktionen och de symboler som har mening för människan bearbetas genom en *tolkningsprocess* (Blumer 1969, s. 5). Denna process har två distinkta steg där individer i det initiala steget definierar vilka symboler som har mening i situationen, vilket sker genom en internaliserad social process där människan i fråga interagerar med sig själv, *självinteraktion*. I det senare steget när människan behöver tolka och hantera meningen och således behöva välja att kontrollera, avbryta, omgruppera eller omvandla meningen i relation till den situation som individen befinner sig i. Således kan människor påverka riktningen för agerande och handling, vilket förklaras som en *formativ process*. Den tredje premissen kommer att hanteras i relation till Blumers (1969, s. 15-16) grundläggande idé *den mänskliga handlingens natur*. Idén synliggör att människor konfronteras med en värld som behöver tolkas, andras handlingar behöver fastställas för att sedermera möjliggöra ett kartläggande i den egna handlingslinjen som står i kontrast till tolkning av andras handlingar. Människor förstås därmed ständigt möta ett flöde av situationer som behöver tolkas. För att förstå människors agerande behöver man således komma in i människans *definierade process*.

För att analysera det multiprofessionella teamarbetet kommer jag även att använda mig av Blumers (1969, s. 16–20) grundläggande idé om *Sammankopplingen av handlingslinjer*. Idén handlar om att den kollektiva handlingen där grupper anpassar sina egna handlingslinjer till varandra genom att tolka och beakta omgivningens agerande. Sammankopplingen av handlingslinjer sker genom en *bindningsprocess*, där gruppmedlemmar fortsatt befinner sig i en pågående *dynamisk tolkningsprocess*. Detta kan ge upphov till en gemensam aktion, en sammanslutning av uppförande av olika handlingar av gruppens olika medlemmar som intar olika positioner.

3.2 Sociala roller och framträdanden

Ett led i att studera sociala interaktioner och grupper avser förståelsen för roller som förhandlas fram och formas efter det sociala sammanhanget. Detta omfattas i sociologen Erving Goffmans dramaturgiska ansats (Trost & Levin 2018). Goffmans teori är rik på analytiska begrepp och har således begränsats till de som anses vara de mest väsentliga vilka teoretiserar inramning av sammanhanget, roller, rollgestaltningar och teamframträdanden. Den dramaturgiska ansatsen utgår från teatraliska metaforer vilka beskriver att det sociala livet inom en kontext kan förstås som en *pjäs*, där individer intar olika roller på *scenen* dels som *aktörer*, dels som *publik* (Goffman 2014, s. 9). Goffman använder sig av begreppet *inramning* för att beskriva det sammanhang och den platsbundna miljö som aktörerna framträder på. Detta handlar om inslag som formar scenen genom rekvisita för aktiviteten som utspelas. Goffman definierar *direkt interaktion* mellan aktörer som ett möte där samtliga har ett ömsesidigt inflytande på varandras agerande och roller när de befinner sig i varandra närvaro i en specifik situation (Goffman 2014, s. 23). Således kan sociala interaktioner beskriva mänskligt socialt beteende i relation till sociala sammanhang och de roller som ingår i dessa sammanhang.

Goffman (2014, s. 23 ff.) förklarar begreppet *roll* genom att rättigheter och skyldigheter som följer är knutna till ett visst socialt sammanhang och framträdande. Rollernas funktion kan skiljas åt där somliga blir mer framträdande än andra. De olika rollerna karaktäriseras av en *rollgestalt* vilket speglar de förväntningar som åläggs rollerna i den specifika situationen, således blir handlingar och reaktioner i interaktionen det väsentliga att studera (Goffman 2014, s. 218). Samtliga aktörer har möjligheten att kontrollera och styra handlingar och reaktioner som görs tillgänglig på scen, vilket i interaktionen senare definieras som trovärdiga eller icke-trovärdiga. När individer spelar en roll så förutsätts denna av sina observatörer att agera för att ge ett *trovärdigt intryck* om att individen besitter de egenskaper som förutsätts i rollen. När individer som innehar olika roller kommer i kontakt med varandra uppstår *förbindelselänkar* där information överförs och blir tillgängliga för samtliga i syfte att definiera situationen och finna de förväntningar som åligger den egna rollen såväl som övrigas (Goffman 2014, s. 11). *Definition av situationen* är något samtliga bidrar till vilket emellertid inte per definition innebär att det råder en samstämmighet utan snarare en överenskommelse om vilka aktörers anspråk

som blir mer framträdande (Goffman 2014, s.18). Definitionsförslaget kan emellertid utmanas och interaktionen kan hamna i ett förvirrat läge när modifieringar uppstår.

Goffman (2014 s.75 ff.) belyser utöver studiet om individers enskilda framträdanden begreppet *teamframträdande* i situationer när en grupp individer samarbetar i framträdandet och definition av situationen, där framträdandets funktion genom en uppsättning teammedlemmar och deras interaktioner utgör en helhet. Teammedlemmar kan komma att utföra liknande som olika framträdanden där de grundläggande beståndsdelarna i relationerna sinsemellan består av ett ömsesidigt beroende och förtrolighet. Goffman utvecklar detta utifrån att varje teammedlem har möjlighet att förstöra teamframträdandet genom att uppföra sig olämpligt. Således är samtliga i teamet förenade med varandra genom tillit och ett ömsesidigt beroende och blir beroende av att samtliga spelar rollerna korrekta för att teamframträdandet ska kunna förstås som trovärdigt. Samhörigheten inom teamet beskrivs överbygga strukturella och sociala skiljaktigheter och i stället förenas av rollerna.

3.3 Sammanföring av teori och analytiska begrepp

Utifrån studiens syfte och frågeställningar har jag valt symbolisk interaktionism som analytisk referensram då dess centrala antaganden skapar möjligheter att begripliggöra hur samarbetet inom hälso- och sjukvårdens multiprofessionella teamen kan förstås ha påverkats av covid-19-pandemin. Detta genom att analysera interaktionen i professionernas handling mot tolkning av situationen. Utifrån Blumers tre premisser och grundläggande idéer kan de olika professionernas beskrivna agerande i, och erfarenheter kring, teamet analyseras mot den mening som beskrivs härröra från eller skapad ur den sociala interaktionen och symboler i sammanhanget. Teorin hjälper mig således att studera empirin utifrån vilka handlingsmönster professionerna i det multiprofessionella teamet berättar om och hur detta kan förstås utifrån det sammanhang som uppstod under covid-19-pandemin.

I arbetet med att ta fram ett lämpligt teoretiskt ramverk till föreliggande studie ansågs Goffmans teori om sociala grupper och hur den sociala interaktionen kan förstås genom roller och gruppdynamik komplettera Blumers symbolisk interaktionism. Goffmans teori är rik på analytiska begrepp varvid jag behövt göra en avgränsning till de som är

relevanta till min studie. Således anses de analytiska begreppen som hör till teoretisering av roller, scenografin och teamframträdandet vara användbara för att studera hur samarbetet förstås ha påverkats genom teamkonstellationer, rollfördelningar och samarbetsformer. Vid applicering av Goffmans teori har jag intagit en position där professionerna i teamen ses som aktörer som innehar roller och publiken avser patienterna och anhöriga. Teorierna anses komplettera varandra då de förenas i gemensamma utgångspunkter som blir användbara för att svara på studiens frågeställningar. Teorierna kommer således användas för att förstå professionerna i de multiprofessionella teamens agerande i situationen där de analytiska begreppen kommer underlätta begripliggörandet om hur förhandlingar och formationer genom samarbetet kan förstås i relation till sammanhanget.

Teorierna ses dock även följa med begränsningar. Då de utgår från det sociala samspelet blir det inte möjligt att studera professionernas individuella erfarenheter, vilket emellertid inte följer med studiens syfte. När skilda åsikter synliggörs analyseras dessa därmed mot de sociala interaktionerna, snarare än de individuella upplevelserna. För att förstå de sociala interaktionerna blir kommunikationen en central beståndsdel. Genom teorierna kommer således även kommunikationens betydelse i sammanhanget studeras för att finna förståelse för samarbetets formation under pandemin och hur de sociala interaktionerna kan förstås.

4. Metod och metodologiska överväganden

I denna del av uppsatsen kommer studiens forskningsdesign beskrivas utifrån mina metodologiska överväganden, resonemang om studiens utformning samt tillvägagångssätt. Inledningsvis redogör jag för studiens vetenskapsteoretiska ansats följt av min egen förförståelses inverkan på studien. Vidare presenteras metodval, tillvägagångssätt och studiens genomförande. Avslutningsvis skildras resonemang och reflektion kring studiens tillförlitlighet, studiens brister såväl som förtjänster och de etiska överväganden jag tagit ställning till.

4.1 Forskningsansats

Inom den samhällsvetenskapliga forskningen behövs såväl kvantitativa som kvalitativa metoder för att inhämta empiriskt material (Ahrne & Svensson 2022). Det som blir väsentligt vid metodval är att de ontologiska och epistemologiska antaganden samt det metodologiska tillvägagångsättet anpassas till forskningsfrågorna (Kvale & Brinkmann 2014; Sjöberg 2008). Denna studie har en kvalitativ forskningsdesign. Den kvalitativa forskningen kan förstås ha ett tolkande och naturalistiskt perspektiv utifrån strävan att förstå och tolka objekt utifrån den innebörd den får av människor (Denzin & Lincoln 2005, s. 3). För att kunna undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers, läkares och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i multiprofessionella team under covid 19-pandemin och hur det påverkat deras samarbete har jag tagit min utgångspunkt i att tolka och förstå deras erfarenheter av arbetet i analysarbetet (Bryman 2018; Kvale & Brinkmann 2014). För att kunna nå fram till en djupare förståelse i tolkning av innebörden av de olika professionernas beskrivningar har jag utgått från en hermeneutisk ansats genom att jag i bearbetning av det empiriska materialet och i analysen utgått från en tolkningsram. Den hermeneutiska traditionen ses som betydelsefull vid studier om mänskliga handlingar där tolkandet är ett grundläggande element vilket går i linje med föreliggande studies forskningsdesign (Alvesson & Sköldberg 2017; Sohlberg & Sohlberg 2019; Ricœur 1971). Genom den hermeneutiska ansatsen betonas förståelseprocessen som framskrider alternera mellan helhet och delar (Sohlberg & Sohlberg 2019). Genom detta vetenskapsteoretiska perspektiv synliggörs således en bearbetningsaspekt i forskningsprocessen. För att få en fördjupad förståelse av samarbetet behöver jag analysera de beskrivningar som förmedlas av professionerna om deras del i teamet och beskrivning av teamet som sådan genom att ständigt alternera mellan de olika delarna mot helheten.

Den hermeneutiska ansatsen har följt med ett abduktivt förhållningssätt vilket inbegriper förståelse för intervjupersonernas perspektiv (Alvesson & Sköldberg 2017; Kvale & Brinkmann 2014). De traditionella och mer vanligt förekommande förklarings- och förståelseansatser är induktion och deduktion. Det abduktiva tänkandet beskrivs emellertid vara en annan typ av utgångspunkt vid kvalitativa studier (Blaikie 2004; Charmaz 2006). Det abduktiva förhållningssättet beskrivs likt en tolkningsprocess genom en alternering mellan empiri och teori (Bryman 2018; Alvesson & Sköldberg 2017).

Teorin finns således som stöd vid att tolka mönster i empirin men det abduktiva förhållningssättet tillåter likaså att jag kan utveckla det empiriska tillämpningsområdet vilket inbegriper en hermeneutisk process.

4.2 Förförståelse

Inom den hermeneutiska forskningstraditionen har förförståelsen en betydande roll i tolkningsramen (Kvale & Brinkmann 2014; Sohlberg & Sohlberg 2019). Inom den hermeneutiska forskningstraditionen finns olika ingångar och sociologen Anthony Giddens (1984) beskriver en, av flera, ingångar i traditionen dubbel hermeneutik vilket innebär att jag som undersökare gör tolkningar av intervjupersonernas tolkningar. Således kan studiens forskningsprocess förklaras likt en pågående konstruerande och reflexiv process som relaterar både till empirin liksom min position som undersökare. Min förförståelse för forskningsområdet har tidigare nämnts vilket emellertid behöver utvecklas. Jag har arbetat som kurator inom hälso- och sjukvården i drygt fem år. Inom ramen för min yrkesutövning under covid-19-pandemin arbetade jag på tre olika covid-avdelningar. Arbetet innefattade krisstöd till patienter som vårdades isolerade, där arbetet utfördes i full skyddsutrustning vilket bestod av arbets skor, långärmade förkläden, hårnät, visir och andningsskydd. Jag var en del av tre olika multiprofessionella team, varav två av dessa team bestod av helt nya kollegor för mig.

Jag är medveten om att min förförståelse och erfarenhet av att arbeta i liknande sammanhang kan påverka studiens resultat. Mina förkunskaper innebär emellertid inte enbart begränsningar utan likaså möjligheter till att få tillträde till fältet. Likaså har mina praktiska erfarenheter kompletterats av en teoretisk orientering vilket varit fördelaktiga vid intervjugenomförandena. Vid kvalitativa intervjustudier ses kunskapen produceras i det sociala samspelet mellan intervjuare och intervjuperson vilket likaså går i linje med hermeneutiken, på så vis har mina förkunskaper om ämnet underlättat intervjusituationen både i gällande vilka frågor som ställts och hur intervjupersonernas svar följts upp (Kvale & Brinkmann 2014). Jag har i mina metodval försökt att finna ett systematiskt arbetssätt som minskat risker för att min förförståelse skulle bli styrande, samtidigt som jag är medveten om att det är oundvikligt att den inte påverkar studien. Det systematiska beaktandet av relationen till den kunskap jag producerar och sättet jag gör det har föranlett reflektion över hur jag definierar, intervjuar, tolkar, analyserar och skriver

(Alvesson & Sköldbberg 2017). Således har min förförståelse haft en betydande roll i tolkningsramen i relation till intervjupersonernas beskrivningar av sina erfarenheter (Kvale & Brinkmann 2014; Sohlberg & Sohlberg 2019). Jag som undersökare har genom detta intagit olika positioner i roll som lyssnare, översättare från talad till skriven empiri, läsare av utskrifter och som författare av studien där jag återkommande gör tolkningar för att förstå intervjupersonernas berättelser (Johansson 2005).

4.3 En semi-strukturerad intervjuundersökning

Empiriinsamlingen har genomförts genom semistrukturerade intervjuer. Genom att använda mig av semistrukturerade intervjuer möjliggörs tillgång till intervjupersonernas beskrivna erfarenheter kring den situation som uppstod under covid-19-pandemin, genom vilka studiens forskningsfrågor kan besvaras (Kvale & Brinkmann 2014). Semistrukturerade intervjuer följer med en formbarhet, vilket har bidragit till en flexibilitet vid empiriinsamlingen då jag kunnat forma intervjuerna efter varje enskild intervjupersons berättelse utan att frångå studiens övergripande syfte och forskningsfrågor (Bryman 2018; Kvale & Brinkmann 2014).

Även om semistrukturerade intervjuer tillåter en formbarhet innefattar empiriinsamlingsmetoden en struktur som skapats med stöd av en intervjuguide. Intervjuguiden har verkat som en inramning för de semistrukturerade intervjuerna, vilket möjliggjort en viss kontroll och definition av intervjuens utformning (Kvale & Brinkmann 2014). Intervjuguiden har utformats genom fasta teman med tillhörande frågeformuleringar vilka utgått från studiens syfte, men också förankrats till de vetenskapliga fynd som identifieras i kunskapsläget och problemformuleringen. Jag har strukturerat upp intervjuguiden med bakgrundsfrågor om intervjupersonernas professions- och arbetsrelaterade erfarenheter vilket senare följt med inledande frågor kring intervjupersonernas erfarenheter av multiprofessionellt teamarbetet innan och under pandemin. Genom inledande frågor skapades möjlighet för intervjupersonen att ge spontana och täta berättelser om vad de ansåg var viktiga aspekter (Kvale & Brinkmann 2014). Vidare har frågor ställts om upplevelse av teamets samt professionens roll, gränsarbete och samarbete under covid-19. Intervjuguiden har slutligen haft teman som inkluderat frågor om konsekvenser för det multiprofessionella teamet och avslutande frågor. Utöver inramning av intervjusammanhangen har intervjumetoden hjälpt mig att

skapa utrymme för intervjupersonernas egna berättelser vilka varit utformade på olika sätt. Då intervjuguiden kompletterats av uppföljningsfrågor och sonderande frågor där intervjupersonen uppmuntrats att berätta mer om ett ämne eller förtydliggöra sina svar, har intervjupersonerna getts utrymme att utveckla teman samt tillföra nya teman som inte täcks in i intervjuguiden, men ändå faller inom ramen för studien (Kvale & Brinkmann 2014). Intervjuundersökningen har därmed växlat mellan teman som utifrån kunskapsläget och förståelse identifierats som intressanta och nya infallsvinklar vilka inhämtas hos intervjupersonerna och deras unika sätt att framföra berättelser och erfarenheter från arbetet under covid-19-pandemin.

4.4 Målstyrt urval

Vid kvalitativ forskning är det vanligt förekommande med icke-sannolikhetsbaserade urvalsmetoder vilket även är en del av denna studies forskningsdesign (Bryman 2018). Genom ett målstyrt urval har empirin kunnat inhämtas från personer som har en direkt förankring till studiens forskningsfrågor och uppfyller kriterier som gör det möjligt att mina forskningsfrågor kan besvaras (Bryman 2018). Eftersom hälso- och sjukvården som organisation är omfattande både vad avser uppdrag och organisering har urvalet begränsats till multiprofessionella team som arbetat på avdelningar inom den somatiska vården. På valda avdelningarna har det primära uppdraget varit att vårda och stödja patienter som insjuknat i covid-19-viruset. Avgränsning i urvalskriterierna har även skett i förhållande till vilka professioner som ska ingå i studien. Till en början fanns det en ambition att inkludera samtliga professioner som arbetat i multiprofessionella team för att spegla teamets interaktion och samarbete på ett så autentiskt sätt som möjligt. Efter att begrundat det faktum att det inte finns någon konsensus i vilka professioner som ingår i teamets uppsättning begränsades urvalet till de professioner som återkommande omnämns i styrande dokument och studier samt professioner som rör sig både inom det medicinska och sociala arbetets fält: hälso- och sjukvårdskuratorer, läkare och sjuksköterskor.

Målstyrda urval innefattar oftast mer än ett tillvägagångssätt där snöbollsurval vanligtvis kombineras med en annan form av målstyrt urval (Bryman 2018). I denna studie har snöbollsurvalet i kombination med kriterieurvalet underlättat möjligheterna att nå ut till intervjupersoner som uppfyller kriterierna. I studien har initiala kontaktpersoner

identifierats som har tillgång till nätverk av professioner som arbetat i multiprofessionella team under covid-19-pandemin. Somliga av dessa kontaktpersoner har jag sedan tidigare viss bekantskap med varvid jag nyttjat dessa för att få hjälp med att nå ut till en mindre grupp relevanta personer som uppfyller urvalsindikationerna. Efter att jag fått tag på intervjupersoner frågade jag dessa om förslag på andra personer med erfarenheter som är av relevans för studien vilket handlat om både andra professioner som chefer (Bryman 2018, s. 504). Jag har valt att inte intervjua personer jag känner.

4.5 Intervjupersoner

I studien har tre multiprofessionella team utgjort det empiriska materialet. Ambitionen var till en början att hitta professioner som arbetat tillsammans med varandra i samma team. Det visade sig vara svårt av två skäl, dels att jag blev varse om en omfattande personalrotation både under och efter pandemin, dels att säkerställandet av att intervjupersonerna arbetat tillsammans inte kunde ske utan att jag riskerade att röja intervjupersonernas anonymitet. Jag har därmed intervjuat tre hälso- och sjukvårdskuratorer, tre läkare och tre sjuksköterskor som arbetat i tre olika team, på tre olika avdelningar. Det har varit svårt att få tag intervjupersoner vilket inneburit att jag aktivt skickat i väg flertalet påminnelse mejl till både personer i chefsställning men likaså till personer som jag blivit tipsade om att kontakta. Det gick 6 veckor från att jag hade min första till min sista intervju.

Intervjupersonernas erfarenheter av professionsarbetet och teamarbete har varierat mellan cirka 3–40 år. Tre intervjuer genomfördes digitalt och sex intervjuer genomfördes på intervjupersonernas arbetsplatser. Jag upplevde att somliga intervjuer som genomfördes på intervjupersonernas arbetsplatser påverkades negativt då tidsramen var uttalat begränsad från början. Således behövde jag prioritera vilka frågor som var mest väsentliga så som upplevelsen av teamarbete och samarbete under covid-19 samt vad som blev utmärkande under covid-19. Intervjuerna var i snitt 45 minuter långa, där den kortaste intervjun var 28 minuter och den längsta 64 minuter. Till stor del har intervjupersonerna upplevts ha ganska lätt att prata om sina erfarenheter. Majoriteten har efter en öppen ställd fråga om ett övergripande tema kunnat besvara flertalet av följdfrågorna som inkluderats i intervjuguiden likväl som de tillkommit med nya infallsvinklar så som pandemins olika vågor. Jag upplevde dock att ett par intervjuer

krävde ett mer aktivt deltagande av mig eftersom jag initialt inte fick särskilt utvecklade svar, således ställde jag fler följdfrågor och bad intervjupersonerna utveckla sina svar för att få mer beskrivande berättelser.

4.6 Studiens tillförlitlighet

Vid kvalitativ forskning behöver undersökaren ta ställning till vilka termer som ska anses användbara vid redovisning av studiens kvalitet (Bryman 2018). Å ena sidan finns ställningstaganden om att begreppen *reliabilitet* och *validitet* är relevanta, medan det å andra sidan existerar ställningstaganden om att kvalitativ forskning bör bedömas och värderas utifrån begreppet *tillförlitlighet*. Denna studie kommer utgå från det senare och följer Lincoln och Gubas (1985) begreppsanvändning. Tillförlitlighet granskas utifrån fyra delkriterier vilka samtliga förhåller sig på sätt och vis till begreppen validitet och reliabilitet: *trovärdighet* som jämförs med intern validitet, *överförbarhet* som jämförs med extern validitet, *pålitlighet* som jämförs med reliabilitet samt *möjlighet att styrka eller konfirmera* vilket kan jämföras med objektivitet (Bryman 2018, s. 467; Lincoln & Guba 1985, s. 300).

Delkriteriet *trovärdigheten* hänvisar till att det finns flera tänkbara beskrivningar av den sociala verkligheten vilket innebär att undersökaren behöver säkerställa att intervjupersoner fått möjlighet att bekräfta undersökarens uppfattning (Bryman 2018, s. 467; Lincoln & Guba 1985, s. 301–316). Jag har eftersträvat detta fortlöpande under intervjuerna genom att jag sammanfattade och ställde tolkande frågor kring min uppfattning av intervjupersonernas berättelser för att ge de möjlighet att formulera om svar eller klargöra om de tolkande frågorna inte stämt överens med deras beskrivning (Kvale & Brinkmann 2014). Eftersom det kan finnas flera tänkbara beskrivningar och tolkningar av den sociala verkligheten har inspelning av intervjuer verkat som strategi för att undvika att intervjupersonernas berättelser omformuleras. Inspelningarna har bidragit till så pass korrekta beskrivningar som möjligt även om transkribering är en del av en tolkande praktik då jag omvandlat tal till text (Riessman 1993). Jag har under forskningsprocessens gång återkommit till transkriberingarna för att säkerställa och kontrollera att studien återspeglar intervjupersonernas uppfattning av situationen.

Överförbarhet avser huruvida studiens resultat kan generaliseras till liknande sammanhang (Bryman 2018, s. 467; Lincoln & Guba 1985, s. 316). I studien har fokus centrerats kring den specifika kontexten och professioner som verkat inom denna, urvalet är därmed varken representativt eller slumpmässig. Huruvida studiens resultat kan generaliseras anser jag relaterar till Lincoln & Gubas (1985, s. 316) resonemang om att det är en empirisk fråga. Vid redovisning av studiens resultat har jag snarare eftersträvat täta och fylliga beskrivningar av empirin bland annat genom att synliggöra åtskilliga citat i relation till det teoretiska ramverket och kunskapsläget i resultat- och analysredovisningen (Geertz 1973). Genom att använda mig av citat i analysen har jag försökt tydliggöra vad som är mina tolkningar och analys av empirin, och vad som är intervjupersonernas beskrivningar.

Pålitlighet relaterar till att forskningsprocessen ska ha intagit en granskande inställning och en tillgänglig presentation av forskningsprocessens alla delar (Bryman 2018, s. 468; Lincoln & Guba 1985, s. 316–318). Jag har därmed vid redovisning av forskningsprocessen intagit ett kritiskt förhållningsätt för att kunna skildra en transparent beskrivning av mina metodval och studiens genomförande i relation till motivering av beslut och avgränsningar. Detta genom att presentera alla delar av forskningsprocessen bland annat vid redovisning av problemformulering, kunskapsläget, forskningsdesignen, tillvägagångssätt och beskrivning av bearbetning av empiri för att studien ska kunna kontrolleras och granskas i frågor om studien genomförts på ett trovärdigt och pålitligt sätt (Bryman 2018; Lincoln & Guba 1985). Likaså bifogas informationsbrev, intervjuguide och samtyckesblankett som använts i intervjuprocessen som bilagor för insyn i empiriinsamlingen.

I delkriteriet *möjlighet att styrka och konfirmera* beskrivs att undersökaren ska säkerställa att agerandet i forskningsprocessen har grundats i god tro, trots vetskap om att en uttömmande objektivitet inte är rimlig att sträva efter (Bryman 2018, s. 470; Lincoln & Guba 1985, s. 318–327). Fortlöpande under forskningsprocessen har jag reflekterat och försökt medvetandeliggöra min egen förförståelse och erfarenhet av att ha arbetet i liknande kontext och hur det kan ha påverkat studien. Detta avser bland annat mitt förhållningssätt till beslut som tagits vid redovisning av problemformulering och kunskapsläget där jag velat ge en övergripande bild av forskningsläget. Under intervjuprocessen har jag försökt ta ett steg tillbaka och inte agera som om det vore ett

samtal mellan kollegor genom att delge mina erfarenheter eller på något vis överföra mina åsikter i intervjun. Jag har i detta varit hjälpt av intervjuguiden som grundats i tidigare forskning och teori samt att jag försökt fånga det som beskrivs väsentligt för intervjupersonen även om det skulle falla utanför intervjuguidens ramar.

4.7 Bearbetning av empiri och analys

Samtliga intervjuerna har spelats in och sedan transkriberats ordagrant. Jag har i transkriberingen markerat ut stakningar genom ”-”, gester och känslouttryck genom att sätta det i parentes samt använt mig av hakparenteser när jag ändrat information som kunnat härledas till person eller arbetsplats. Hakparenteser har likaså använts för att förtydliggöra vad intervjupersonerna syftar på i de fall citaten behövts kortas ned. Transkriberingen och inspelningarna har varit till hjälp vid analysarbetet då jag kunnat gå igenom både talad och skriftlig intervju, vilket underlättat förståelsen och tolkningen av intervjupersonernas beskrivningar utifrån hur det berättas och vad de berättar om (Bryman 2018). När sekvenser från det empiriska materialet presenteras senare i resultat- och analysredovisningen har viss korrigerings behövs tillämpa då det fonetiska talet varit svårt att följa i skriven text, dessa omskrivningar och parafraaser har dock gjorts mot bedömning av att innebörden inte ska påverkas. Överföring från talad intervju till transkriberat material har ombesörjts efterhand som intervjuerna genomförts. Jag har i skede av transkribering lyssnat igenom intervjuerna minst två gånger för att säkerställa att jag skrivit ner korrekta berättelser. Risker med att spela in intervjuer härleds till att intervjusituationen kan uppfattas som onaturlig och att intervjupersonerna kan bli mer medvetna och anpassa sina berättelser till situationen. Jag upplevde dock inte att inspelningen blev ett störningsmoment, varken vid fysiska eller digitala intervjuer. Dock kunde jag uppleva en skiftning i stämningen då jag stängde av ljudinspelningen efter mina avslutande frågor vilket främst upplevdes skifta till ett samtal kollegor emellan snarare än en intervjusituation.

Efter transkriberingarna har jag bearbetat och analyserat det empiriska materialet genom tematisk analys. Den tematiska analysen beskrivs vara en följsam och vanligt förekommande analysmetod vid kvalitativa studier (Bryman 2018). Denna metod ämnar sortera och strukturera det insamlade empiriska materialet genom att olika mönster av teman identifieras, analyseras och redovisas (Braun & Clarke 2006). Den tematiska

analysen kan likaså synliggöra olika aspekter av det tema som studeras (Boyatzis, 1998). Braun och Clarke (2006, s. 5) skiljer mellan begreppen *data corpus* vilket refererar till allt empiriskt material som samlat in och *data set* vilket refererar till det empiriska materialet som valts ut för en specifik analys. Analysarbetet rör sig ständigt mellan dessa olika delar av det empiriska materialet, mellan helheten i det empiriska materialet till de kodade utdragen och analyserade teman och kan kopplas samman till det abduktiva förhållningssättet och den hermeneutiska ansatsen då jag arbetat aktivt med teori och empiri om vartannat. Den tematiska analysmetoden följer en repeterbar och alternerande process mellan 6 olika faser, vilka jag använt mig av i analysarbetet: 1. Bekanta sig med det empiriska materialet, 2. generera initiala koder, 3. Söka efter teman, 4. granska funna teman, 5. Definiera och namnge teman och 6. Producerandet av studien (Braun & Clarke 2006 s. 35).

I det initiala analysarbetet har jag bekantat mig med *data corpus*, hela det empiriska materialet genom att läsa det transkriberade materialet, en intervju i taget upprepade gånger. Vid den andra läsningen började jag aktivt leta efter mönster och markerade utstickande beskrivningar. Eftersom jag intervjuade och transkriberade all empiri gick jag in i analysarbetet med viss kunskap och initiala tankar om analysarbetet. Genom att läsa igenom och bekanta mig med materialet vid upprepade inläsningar upplevde jag att jag fick en djupare förståelse av det empiriska materialet och fann mönster jag tidigare inte resonerat kring. Mina initiala tankar om mönster genererade senare vid en kodning där jag använde mig av överstrykningspennor i olika färger, post-it-lappar och anteckningar i marginalerna på de utskrivna intervjuerna. De genererade initiala koderna samlades sedan i ett separat dokument och delades upp efter rubrikerna: *arbetsbelastning och arbetets karaktär, förhållningssätt till nya rutiner, fysisk distans och skyddsutrustning, teamarbetets dynamik och olika former, delade emotioner, de olika rollernas funktion vid patientmöten, betydelse av kollegialt stöd och reflektionsgrupper.*

Mina initiala koder sorterades sedan och analyserades vid sökandet efter potentiella teman. Jag använde mig vid detta steg i analysprocessen av mind-maps för att underlätta analysarbetet där de olika koderna organiserades och formade övergripande teman och underteman. Somliga kodningar slogs ihop, somliga delades upp och somliga fick kasseras. Analysarbetet rörde sig mellan de olika utdragen som kodats och granskning av teman vilket sedermera granskades mot *data set*, sammanställningen av det empiriska

materialet som valts ut för den specifika analysen. Således har det empiriska materialet sorterats och reducerats genom en aktiv genomläsning som fortlöpt under hela analysprocessen där jag vid genomläsning jämfört och gått tillbaka till samtliga transkriberingar upprepade gånger för att ringa in utmärkande utdrag, vilket lett till att intervjupersonernas berättelser speglas genom fragmentariska delar av berättelsen som gavs vid intervjutillfället (Wästerfors & Rennstam 2015). Efter att jag har identifierat essensen i de olika teman efter en sista läsning av samtliga intervjuer skapades namn och definitioner av varje tema, dessa var: *Scenografin som en del av interaktionen, teamet runt patienten och meningsskapande i en krissituation*.

De slutgiltiga utdragen som presenteras i analysen har valts ut eftersom de anses illustrera det tema som presenterades på ett omfattande sätt, således har andra utdrag valts bort (Braun & Clarke 2006). Genom den tematiska analysen och processen där teman valts ut har jag gjort en kategorisk reducering där somliga teman oundvikligt behövt uteslutas dels för att göra det empiriska materialet mer lätthanterligt, dels utifrån hur de svarat mot forskningsfrågorna (Wästerfors & Rennstam 2015; Riessman 1993). Genom den tematiska analysen har jag även arbetat likt en illustrativ reducering för att identifiera utdrag som exemplifierar materialet på ett rättvist sätt och således haft med även utdrag som talar emot varandra inom ett valt tema för att synliggöra temans nyanseringar (Braun & Clarke 2006; Wästerfors & Rennstam 2015). Alla dessa val har jag behövt göra i relation till studiens övergripande syfte, teoretiska perspektiv och metodologisk hållning.

4.8 Studiens förtjänster och begränsningar

Denna studie utgår från kvalitativ metod och semistrukturerade intervjuer vilket följer med både förtjänster och begränsningar. Som tidigare nämnt har jag sett förtjänster i den kvalitativa metodiken i relation till mina forskningsfrågor. Således har det setts som betydande att genomföra empiriinsamlingen med stöd av semistrukturerade intervjuer dels för det gett mig nära tillträde till den specifika kontexten och till intervjupersoner som kan förmedla kunskap i ämnet, dels genom att intervjuformatet underlättat möjligheten till djupare och tätare berättelser och beskrivningar av erfarenheter. På så vis är de kvalitativa metodvalens motiverade förtjänster relaterade till säkerställande att intervjupersonerna har den erfarenhet som är relevant för att svara på forskningsfrågorna,

där kvantitativa metoder hade försvårat möjligheten att kontrollera att de som svarar har relevant kunskap i ämnet (Bryman 2018). Den kvantitativa metodens resultat hade dock kunnat generaliseras till en större population och bidra till synliggörandet av statistiska slutsatser. Detta har emellertid inte varit eftersträvansvärt i denna studie.

Inom den kvalitativa forskningen finns det andra tillvägagångssätt för att inhämta empiriskt material däribland observationer, dokumentanalys och fokusgrupper. Erfarenheter av att ha arbetat i multiprofessionella team under covid-19-pandemin behöver förstås i sin kontext vilket begränsas till viss del i det valda tillvägagångssättet, intervjuer. En observationsstudie hade kunnat fånga in interaktioner i samspelet som inte kan fångas i verbaliserade beskrivningar, detta har av naturliga skäl dock inte kunnat genomföras då covid-avdelningar inte finns på samma sätt längre. Erfarenheterna behöver nämligen studeras retrospektivt, eftersom covid-19-pandemin inte längre betecknas som en pandemi eller en allmänfarlig- och samhällsfarlig sjukdom (Folkhälsomyndigheten 2023; Världshälsoorganisationen 2023). Samspelet i multiprofessionella team hade emellertid kunnat studeras genom fokusgrupper vilket jag tänkt initialt, men eftersom studien behövt ta hänsyn till tidsaspekter både gällande att studien görs inom ramen för mastersstudier och att avdelningar skulle behöva frigöra flera olika professioner under en specifik tid ansågs detta inte genomförbart inom tidsfristen. I relation till ovannämnda alternativa kvalitativa tillvägagångssätt kan semistrukturerade intervjuer ses som begränsande. Detta behöver nödvändigtvis inte vara problematiskt eftersom intervjupersonernas berättelser skapar struktur, sammanhang och mening till deras erfarenheter vilka utspelats i en förfluten tid, där fragmentariska minnen kan ordnas upp och bli till helhet genom berättelsen (Johansson 2005). Intervjuer kan likaså ses som fördelaktiga då de genom flexibilitet kan följa upp teman genom följdfrågor vilka inte är möjliga vid exempelvis observation- eller enkätstudier (Bryman 2018).

4.9 Forskningsetiska överväganden

Studiens forskningsprocess har efterföljt flera forskningsetiska principer. Dessa redovisas genom Vetenskapsrådet (2002) redogörelse för informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Samtliga intervjupersoner fick möjlighet att ta del av ett informationsbrev via mejl innan de valde att ge samtycke till att delta i

studien, i enlighet med informationskravet (Vetenskapsrådet 2002, s. 7–9). I informationsbrevet gavs beskrivning om studiens syfte, deltagandets konfidentialitet, intervjuundersökningens tillvägagångssätt, beräknad tidsåtkomst, användning av ljudinspelning och transkribering samt att deltagande var frivilligt och möjligt att avbryta (Kvale & Brinkmann 2014). Denna information gavs även muntligt innan påbörjad intervju för att säkerställa att intervjupersonerna erhållit information om deltagandets villkor, deras rättigheter och möjlighet att ställa frågor vid behov. Det utformades även en samtyckesblankett som återgav information om deltagandets villkor och studiens konfidentialitet vilken intervjupersonerna fick ta del av och underteckna. Genom att intervjupersonerna fick tillgång till samtyckesblanketten och att vi innan intervjuens påbörjades gick igenom även denna muntligt anses studien efterföljt samtyckeskravet (Vetenskapsrådet 2002, s. 9–12).

Konfidentialitetskravet efterföljdes genom att uppgifter som kunde kopplas till intervjupersonerna eller deras arbetsplatser utelämnades eller ändrades redan vid transkribering och har således inte kunnat hanteras av obehöriga (Vetenskapsrådet 2002, s.12–14). Dessa uppgifter ansågs inte vara av sådan karaktär att det skulle påverka studiens resultat eller slutsatser. Även om syftet med studien inte har varit att undersöka känsliga personuppgifter har det framkommit i vissa intervjuer, dessa har jag aktivt valt att ta bort eller skriva om redan vid transkribering för att säkerställa en god forskningsred (Vetenskapsrådet 2017). När jag skrivit om information har detta gjorts mot en övervägning att omskrivningen inte ska innebära att informationen blir missledande eftersom det är intervjupersonernas egna berättelser som är centrala, vilket även är i enlighet med den hermeneutiska traditionen. Vid redovisning av utdrag från transkriberingarna i resultat- och analysdelen har jag valt att använda mig av professionstitlar vilka följts av en numrering. I de delar av analysen som härleds till utdrag från respektive team har jag valt att använda mig av numrering av de olika teamen. Samtliga numreringar är slumpmässiga där numrering av professionerna inte kan härledas till numrering av teamen. Intervjupersonerna gavs även möjlighet att ta bort eller tillägga information vid avslutning av intervjutillfället. Ljudinspelningar har funnits tillgängliga under studiens gång för att möjliggöra säkerställande kring studiens tillförlitlighet, dessa kommer dock raderas efter att uppsatsen examinerats. Således anses konfidentialitetskravet uppfyllt. Slutligen har nyttjandekravet följts då samtliga uppgifter

som utgör det empiriska materialet enbart använts i linje med studiens syfte och kommer inte användas för andra ändamål (Vetenskapsrådet 2002, s. 14).

5. Resultat och Analys

I detta avsnitt kommer studiens resultat och analys att presenteras genom tre övergripande teman som identifierades under analysprocessen: *Scenografin som en del av interaktionen, teamet runt patienten och meningsskapande i en krissituation*. De övergripande teman följer med underteman och har disponerats genom att studiens resultat i relation till kunskapsläget redovisas först följt av en ingående analys utifrån det teoretiska ramverket. Respektive tema följer och svarar på studiens frågeställningar. Frågeställning avseende på vilket sätt interaktioner och arbetsförhållanden förändrades utifrån de rumsliga sammanhangen som professionerna arbetat i hanteras i temat *scenografin som en del av interaktionen*. Frågeställning avseende hur roller inom de multiprofessionella teamen formades och fördelades i relation till de förändrade arbetsförhållandena hanteras i temat *teamet runt patienten*. Den sista frågeställningen avseende vilka meningsskapande faktorer som blev framträdande vid samarbete och för kommunikationen i de multiprofessionella teamen hanteras i temat *meningsskapande i en krissituation* samt till viss del i temat *scenografin som en del av interaktionen*.

5.1 Scenografin som en del av interaktionen

Vid genomgången av *data corpus* tolkades den förändrade arbetsmiljön som en konsekvens av covid-19-pandemin vara ett centralt och övergripande tema. Temat scenografin som en del av interaktionen karakteriseras av intervjupersonernas beskrivningar om förändrade arbetsförhållanden vilket avser rumsliga sammanhang såväl som formerna för teamens samarbete. Genom intervjupersonernas resonemang framkommer resultat som visar på att det multiprofessionella teamarbetet behövde förhålla sig till arbetet i patientsalarna, vilket analyseras i undertemat *det isolerade rummet*. Genom att belysa det isolerade rummet med citat skildras de förutsättningar som förstås påverka interaktionerna inom de multiprofessionella teamen, vilket i huvudsak karakteriserades av en påtagligt förändrad arbetsmiljö då arbetet genomfördes i skyddsutrustning och i en hög ljudmiljö. Studiens resultat visar emellertid även på att personalen inte enbart upplevde kommunikationen försvårad till följd av svårigheterna att tala med övriga kollegor, samarbetet påverkades även av de begränsningar som

skyddsutrustningen satte för icke-verbal kommunikation. Till följd av den förändrade arbetsmiljön återfanns även återkommande redogörelser för hur den förändrade scenografin medförde nya former för samarbete. Detta presenteras i undertemat *förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet* där de centrala resultaten redogör för att när teamens arbetsförhållanden förändrades, uppstod därigenom nya metoder för samarbetet vilka stod i relation till det isolerade rummet. Vid analys av de utmärkande symbolerna som återfinns i berättelser om det multiprofessionella arbetet förstås det förändrade situerade sammanhanget och scenografin ha betydelse för interaktionen och samarbetet mellan professionerna i teamen.

5.1.1 Det isolerade rummet

Det isolerade rummet karakteriserades av en åtskiljning från avdelningens korridor genom en sluss. Slussen bestod av ett mindre rum mellan korridoren och patientsalen, där personalen kunde ta på och av sig skyddsutrustningen och tvätta sig enligt rådande vårdhygieniska riktlinjer.

Det är inne på isolerade salar och sen så har du en sluss ut till den vanliga avdelningen och där inne var det då strikt reglerat hur man skulle göra. Hur man skulle klä på sig, allt det här. Hur man skulle klä av sig, hur man skulle spritas i olika omgångar. Det får du slänga i den lådan men inte den lådan, men den här måste du ta och så vidare och så vidare. Så det var ju en procedur varje gång som man skulle gå in eller ut där.

(Läkare 3)

De isolerade rummets utformning karakteriserades av strikta förhållningsregler vilka sattes i relation till möjliggörandet av säker vård och förhindrandet av smittspridning. Specifika förhållningsregler gällde vid tillträde till det isolerade rummet genom procedurer för på- och avklädning av skyddsutrustningen. Rummen präglades också av en påtaglig ljudmiljö, relaterade till pipande ljud från vårdapparaturer och surrande ljud från ventilation.

Vi hade ju stora hepa-filter som stod och surrade så det blev att vi stod och skrek på varandra och det var ju ett fasligt brummande från de här hepa-filter och sådana

apparater som står och susar. Så att ljudmiljön var förfärlig. Man blev väldigt trött i huvudet och i början av pandemin när man hade ont om skyddsutrustning så kunde du kanske bara gå ut på rast. Du kunde kanske gå ut, på ett åtta-timmars pass var du ute en kanske max två gånger för att du inte kunde ta nya grejer. Det fanns inte. Då fick man verkligen kommunicera när man skulle gå på rast.

(Sjuksköterska 2)

Ljudmiljön beskrevs som förfärlig och ovanstående sekvens beskriver hur samarbetet formades efter ljudmiljön i det isolerade rummet då professionerna behövde kommunicera för att kunna ta pauser från det isolerade rummet. Det isolerade rummet karakteriserades även av professionernas egna upplevelser av att arbeta inom denna kontext, däribland fysiska reaktioner så som trötthetskänsla. Dessa beskrivningar av fysiska besvär som uppstod i det isolerade rummet bekräftar tidigare forskning som visat på att arbetssituationen påverkas negativt av såväl rumsliga som materiella aspekter som förändrades under pandemin (jfr. Bindu et al. 2022; Brown- Johnson et al. 2020; Foula et al. 2021; Hayirli et al. 2021).

Vilken typ av skyddsutrustning som användes fluktuerade under pandemins olika vågor men till stor del beskrev intervjupersonerna att det isolerade rummet karakteriserades av krav på skyddsutrustning i form av bland annat mun- eller andningsskydd, långärmade- eller kortärmade förkläden, visir, arbetsskor och handskar. Beskrivningar om arbetet i skyddsutrustning i det isolerade rummet följde oftast med beskrivningar av hur fysiska besvär så som trötthet och huvudvärk påverkade kommunikationen.

Det var svårt att prata med varandra för att det hördes dåligt helt enkelt, genom dessa. Och man blir lite bombad i huvudet av de här maskerna som man har på sig en hel dag. Om man då stiger i koldioxid eller vad det kan vara för något, men man blev tung i huvudet.

(Läkare 3)

Svårigheterna att prata med varandra sattes i relation till skyddsutrustningen som krävdes för arbetet i det isolerades rummet vilket påverkade både tal- och hörsselförmågor. Beskrivningarna om att skyddsutrustningen blev påfrestande utifrån dels kroppsliga symptom, dels en försämrad ljudmiljö går i linje med tidigare studier (jfr. Molnar-Szakacs et al. 2021; Pappa et al. 2020). Även om det beskrevs som påfrestande att arbeta

i skyddsutrustning beskrevs det emellertid inte som en problematik för kommunikationen inom teamen vid utförandet av arbetsuppgifter i det isolerade rummet.

Nej det suger ju avskyvärt. Att ha munskydd hela tiden är ju jobbigt men det kan man ju leva med, men sen att ta på sig hela plastförklädet-, varenda gång du ska in och göra någonting så måste man ta på sig alltihopa och sen ta av sig och så har man glömt någonting så ska man in igen och sen så ringer telefonen. (...) Men det påverkade inte kommunikationen jättejättemycket, det gör det väl inte? Kan man inte påstå. Det var mest bara jobbigt.

(Läkare 2)

Man hör väl lite sämre (skratt) men det funka ändå rätt bra tror jag. Ja man får höja rösten lite, det får man göra. Men man blir mycket tröttare när man jobbar i sån här utstyrsel då blir det varmt och svettigt. Lite jobbigt att andas.

(Sjuksköterska 1)

I relation till ljudmiljön och arbetet i skyddsutrustning i det isolerade rummet uppstod försvårade omständigheter för kommunikationen. De multiprofessionella teamen beskrev det emellertid inte som hämmande för samarbetet då de använde sig av strategier i form av att prata högre. Dessa resultat kan sättas i relation till tidigare forskning som beskrivit skyddsutrustningen som ett hinder i teamets kommunikation (jfr. Erchens et al. 2022; Hayirli et al. 2021; Molnar- Szakacs et al. 2021). I ovan citat bekräftas delvis upplevelsen av skyddsutrustningen som ett hinder i kommunikationen inom teamen. Samtidigt synliggörs det en dynamik i erfarenheterna där den försvårade kommunikationen hanterades genom strategier där professionerna förhöll sig till det isolerade rummets premisser. Dock framhålls en nyansering i intervjumaterialet eftersom skyddsutrustningen till viss del beskrevs påverka kommunikationen då det begränsade möjligheten att tolka kollegornas ansiktsuttryck.

Det är så mycket mer man kommunicerar med än med orden. Och allt det man, eller mycket i alla fall, som man kommunicerar med. Ansiktet, det syntes inte med skydden på. (...) Det krävs en helhet för att man ska få en så rättvis bild som möjligt vad personen mittemot en känner eller menar.

(Hälso- och sjukvårdskurator 1)

Man ser ju inte hela uttrycket i ansiktet så det blir ju lite svårare att läsa. Och framför allt då när man inte känner varandra jättebra ”vad menar du egentligen när du säger så här?” För kroppsspråket fattas på något sätt.

(Läkare 1)

Det kan utifrån ovan citat således noteras att det inte endast var den talade kommunikationen som påverkades av det isolerade rummets karaktäriserande rumsliga sammanhang och arbetsförhållanden. Skyddsutrustningen som krävdes i det isolerade rummet beskrevs även påverka kommunikationen som förmedlas genom ansiktsuttryck eftersom mun- och andningsskydden försvårade möjligheten att läsa av ansiktsuttryckens helhet. Dessa svårigheter bekräftar tidigare studier som belyst hur teamarbetet påverkades negativt när arbetet genomförs i skyddsutrustning eftersom kommunikationen som förmedlas genom ansiktsuttryck saknas (jfr. Bindu et al. 2022; Brown-Johnson et al. 2020; Foula et al 2021; Erchens et al. 2022; Molnar-Szakacs et al. 2021). Medan den försvårade verbala kommunikationen kunde överbryggas genom strategier bör samarbetet således förstås inte enbart förhålla sig till verbal kommunikation utan likaså den icke-verbala som påverkades av förhållningsregler i det isolerade rummet. Detta kunde generera i missförstånd i interaktionerna, varpå det i likhet med svårigheterna avseende den verbala kommunikationen framhålls strategier för att hantera de försvårade omständigheterna som uppstod i det isolerade rummet, bland annat genom att teammedlemmarna bad om förtydligande när kommunikationen blev otydlig.

Ovanstående utdrag tolkas som en *inramning* som beskriver hur arbetsmiljön förändrades för de multiprofessionella teamen (Goffman 2014). Studiens resultat visar på att det rumsliga sammanhanget och arbetsförhållanden förändrades i synnerhet i de isolerade patientrummen vilket karakteriserades av användningen av skyddsutrustning och en påtaglig ljudmiljö. Denna inramning kan förstås som en presentation av *scenen* där det multiprofessionella arbetet genomfördes, vilket tolkas som en utmärkande scenografi i jämförelse mot hur det var innan pandemin. Goffmans (2014) resonemang om *inramning* kan sättas i relation till intervjupersonernas beskrivningar om att de behövde förhålla sitt arbete i relation till det isolerade rummet, där arbetsmiljön kan förstås som en del av den scen som de multiprofessionella teamens förhåller sig till i sina *teamframträdanden*. Det isolerade rummet kan utifrån Goffmans (2014) dramaturgiska teori förstås som

betydelsefull för interaktionen i de multiprofessionella teamen eftersom det följde med information som sedermera överfördes mellan samtliga professioner vad avser nytillkomna rutiner som uppstod under pandemin för tillträde och arbetet i det isolerade rummet.

Genom Blumers (1969) teori om symbolisk interaktionism kan beskrivningen av scenen, inramningen av det isolerade rummet, förstås som en del av en *tolkningsprocess* av ett *situerat sammanhang*. Att intervjupersonernas erfarenheter av att arbetet i det isolerade rummet dels var påfrestande, dels påverkade kommunikationen till viss del utan att det hämmande samarbetet inom teamen kan förstås genom den grundläggande idén *mänskliga handlingens art* (Blumer 1969). Arbetet i det isolerade rummet karakteriseras av att personalen konfronterades med en situation med förändrade arbetsförhållanden. Intervjupersonernas beskrivningar om hur kommunikationen samt samarbetet behövde anpassas mot de förändrade arbetsförhållandena och kommunikationssvårigheterna kan förstås som en form av *tolkningsprocess*. Intervjupersonernas beskrivningar av arbetsmiljön de befann sig i kan således förstås som indikationer om de *symboler* som de behövde förhålla sig till i sitt agerande, vilka behövde sättas i relation till det förändrade sammanhanget. Rutiner vid in- och utfarter från det isolerade rummet kan utifrån Blumers resonemang om *symbolernas natur* förstås som *abstrakta föremål* och rummets utformning kan förstås som *fysiska föremål* vilka tolkas ha en betydande del i interaktionen vid beskrivningar om förhållningssätt till det isolerade rummet och omständigheterna kring det isolerade rummet så som skyddsutrustning och ljudmiljön. I dessa sammanhang förstås symboler inte enbart handla om det som tidigare omnämnts så som skyddsutrustning och det isolerade rummet utan likväl kollegor och patienter, vägledande ideal så som etiska principer samt det lagstadgade uppdraget som handlar om att ge så god vård som möjligt. Blumers (1969) *andra och tredje premiss* kan appliceras för vidare analys för att förstå teamens *tolkningsprocesser* i det isolerade rummet. Vid beskrivningar av fysiska besvär från arbetet i det isolerade rummet går det tolka professionernas *självinteraktion* i relation till sammanhanget liksom interaktionen med övriga kollegor i det isolerade rummet. Samstämmigheten gällande att skyddsutrustningen i det isolerade rummet kunde försvåra kommunikationen men inte hämma samarbetet förstås som förhandlande genom *tolkningsprocesser*. Professionerna förstås således ha indikerat till varandra och sedermera tolkat varandras indikationer om hur de bör agera i relation till arbetet i det isolerade rummet. *Tolkningsprocessen* förstås

därmed som ständigt närvarande under arbetet i det isolerade rummet då professionerna förstås interagerat med sig själva om vilken mening det isolerade rummet med tillhörande skyddsutrustning och ljudmiljön fick i situationen. Genom de sociala interaktionerna går det vidare förstå det som att professionerna skapade ett förhållningssätt mot de symboler som utmärkte sig i det isolerade rummets utformning. Resultaten pekar mot att det isolerade rummet dels erfarits som ett hinder i arbete, dels som ett möjliggörande för arbetet när strategier tillämpats genom samarbete och kommunikation.

5.1.2 Förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet

I relation till beskrivningar om det isolerade rummet synliggörs hur samarbetet i de multiprofessionella teamen formades efter det rumsliga sammanhanget och förändrade arbetsförhållandena. Det multiprofessionella teamarbetet beskrevs orkestreras i relation till det isolerade rummet varvid förhandlingar om arbetsuppgifter och samarbetets utformning gestaltades i intervjumaterialet. Samarbetet beskrevs formas kring den gemensamma upplevelsen av svårigheter att arbeta i det isolerade rummet varvid professionerna i teamen hjälptes åt bland annat genom att avlasta varandra i vissa arbetsuppgifter för att begränsa vilka som behövde gå in i det isolerade rummet.

Jag kommer ihåg att man var trött på att klä sig efter ett tag. Och när en patient ringde och man visste att den bara ska fråga om det här men jag måste ändå sätta på mig allting och gå in och fråga började vi prata med varandra om ”vem orkar gå in och ta det här” om man visste att det inte var något akut.

(Sjuksköterska 3)

Däremot blev vi nog bättre på att fråga ”okej jag ska gå in nu, vad ska jag göra där inne så att du inte behöver ta på dig kläderna och gå in fem minuter senare om det inte behövs?”. Så på det sättet kanske man hjälpte varandra mer med arbetsuppgifter men vi tappade lite i alla fall det teamarbete som har i vanliga fall. För att effektivisera det lite och spara på material och så. Så att inte alla skulle ta på sig hela tiden.

(Läkare 1)

Genom att teamen började kommunicera öppet om vilka uppgifter som behövde göras likväl som när någon teammedlem skulle gå in i det isolerade rummet formades därigenom ett samarbete. Genom denna kommunikation kunde arbetsuppgifter fördelas för att effektivisera arbetet. Detta beskrevs emellertid frångå det vanliga teamarbetet i viss bemärkelse då professionerna vanligtvis skulle gå in tillsammans. Förhandlingar inom teamen förstås således uppstå i relation till det isolerade rummet vilket frångick tidigare rutiner när samarbetet kunde gå över professionsgränser i vissa arbetsuppgifter. Liknande processer finns beskrivna i Apesoa-Varanos (2013) studie som visade att professionsgränser omtolkades och tilldelades ny mening vid svåra och skiftande arbetsförhållanden. Detta går även i linje med forskning som visat på att arbetet över professionsgränser vid basala arbetsuppgifter och omvårdnadsuppgifter underlättar navigerandet och agerandet vid svårhanterliga krissituationer (jfr. Jordan, Connors & Mastalertz 2022; Ross et al. 2021; James 2011; Orasanu & Lieberman, 2011). Vid beskrivningar om hur professionerna i de multiprofessionella teamen förhandlade kring vilka som behövde gå in i de isolerade rummen och hur de kunde erbjuda varandra hjälp över professionsgränserna skildras i beskrivningar om strategier för samspelet och hur det formades efter det isolerade rummet och dess tillhörande symboler.

Vi hade mycket prat om hur vi skulle hjälpas åt också över professionsgränserna när vi väl var inne på rummen. De var ju isolerade såklart. Så vi tänkte väl mycket att ja ”du läkare som går in, kan du se till så att patienten har dricka”. Så att man inte skulle-, man skulle undvika det där är in- och utspringet, all klädsel och mundering och sådant som man skulle liksom få på sig (...) Vi kom varandra lite närmare, man förstår ju varandra, hur jobbigt det är att vara inne på rummen och då förstod man att man vill hjälpas åt på ett ännu bättre sätt när man väl var där så försökte man göra det lilla extra även för sina kollegor så att de skulle slippa springa in eller vad det nu kan vara.

(Sjuksköterska 1)

Genom att professionerna bad varandra om hjälp synliggörs samarbetets utformning i förhållande till de isolerade rummen vilket kunde handla om att undvika att ta på och av sig skyddsutrustning. Förhandlingarna som skildras i beskrivningar om hur professionerna i teamen hjälptes åt med basala omvårdnadsuppgifter förstås grundas i en förståelse kring svårigheterna att arbeta i det isolerade rummet och att det fanns en

välvilja att underlätta arbetet för varandra i teamen. Utifrån de sociala interaktionerna som gestaltas i ovanstående utdrag framhävs hur samarbetet förhandlades fram i ett samarbete över professionsgränser vilket grundats i kommunikation och diskussion. Dessa resultat går att jämföras med tidigare studier där de multiprofessionella teamens samarbete identifierades i situationer då kunskap kommunicerades fram vid gemensamma diskussioner och ledde till en samsyn som inte var professionsbunden, vilket beskrevs genom samarbetsformen *commonality* (Lindh Falk, Hopwood & Abrandt Dahlgren 2017). Samarbetet förhandlades likaså fram i situationer där arbetsuppgifter delegerades ut till specifika professioner inom teamen för att strukturera upp arbetet som skulle genomföras i och i relation till det isolerade rummet.

Jag tror att vi blev väldigt bra på att delegera till rätt. ”Du gör det, du gör det, du gör det. Okej då har vi en plan”. Vi fick öva så extremt mycket på det, och det är ju en färskvara den kunskapen men vi blev-, visst blev vi bra på det? Det var så självklart, ”ni jobbar där inne vi hade en kort avstämning innan de gick in. ”Okej nu gör vi så här ni jobbar på där inne, och sen så jag är här, läkarna är här och vi gör så här liksom”. Det fanns en självklarhet och en trygghet i det.

(Hälso- och sjukvårdskurator 2)

Tydliggörandet av arbetsuppgifter genom delegering och samordning skapade trygghet då samtliga i teamen fick en tydlig roll i det gemensamma omhändertagandet av patienter och anhöriga. Denna form av samarbete går att sätta i relation till tidigare studier som beskrivit samarbetsformen *orchestration* som handlar om situationer där flera professioner blir en del av aktivitet och delger kunskap mellan varandra om vad som förväntas i aktiviteten (Lindh Falk, Hopwood & Abrandt Dahlgren 2017). Således tolkas denna typ av samarbete där delegering och samordning strukturerade upp arbetet som en form av orkestrering av rummet. Genom dessa diskussioner om hur arbetet skulle genomföras i två samarbetsformer går det tolka hur teamets samarbete i strategier och handlingsmönster följde med *rollgestaltningar* och en förväntan att de agerande utefter det som överenskommit (Goffman 2014).

Genom beskrivningar om förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet går det genom Blumers (1969) resonemang om *symbolernas natur* att förstå det multiprofessionella samarbetet utifrån rumsliga och materiella aspekter i vilka *fysiska*,

abstrakta och sociala föremål som identifieras i det isolerade rummet blir en del av interaktionen. Att arbetet i det isolerade rummet beskrevs av professionerna skapa en känsla av förståelse och trygghet kan förstås som *meningsskapande för teamens strategier att hantera och agera i situationen*. Meningsskapandet beskrivs enligt Blumers (1969) *tre premisser* uppkomma dels vid en *tolkningsprocess* för den enskilde där det egna agerandet tolkas mot andra agerande, dels genom en *bindningsprocess* där teammedlemmarnas *handlingslinjer sammankopplas* och befinner sig i en *dynamisk tolkningsprocess*. Det isolerade rummet som präglades av en besvärlig ljudmiljö där arbetet genomfördes i skyddsutrustning kan därmed ur ett teoretiskt perspektiv förstås som symboler i den omgivande miljön, vilken blev en del av interaktionen och meningsfull för arbetet liksom samarbetet i teamen (Blumer 1969). Dessa strategier och beskrivningar av trygghet och samarbete förstås som meningsskapande vilket förhandlats fram i en ömsesidig process genom den sociala interaktionen vilket sedermera resulterar i förhandlingar i teamet om samarbetsformer liksom orkestrering av rummet.

Förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet kan likväl förstås genom Goffmans (2014) resonemang om *förbindelselänk*. Då samtliga i teamen förhöll sig till denna information i sitt arbete vilket även syns i beskrivningar om hur informationen blev en del av teamens kommunikation och samarbete kan informationen förstås som överförd genom en *förbindelselänk* (Goffman 2014). Förbindelselänken avser i detta fall det informationsflöde som samtliga förhöll sig till avseende det isolerade rummets rutiner liksom gemensam upplevelse av fysiska svårigheterna vid efterföljandet av dessa rutiner. Denna förbindelselänk förstås som en väsentlig del i samarbetet vilket förutsattes av kommunikation. Studiens resultat pekar mot att kommunikationen och samarbetet förstås som anpassad efter det förändrade rumsliga sammanhanget och de förändrade arbetsförhållanden vilket genererade i att strategierna förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet. Informationen kan förstås som överförd till samtliga i teamet avseende att arbetet i det isolerade rummet var ansträngande och fysiskt jobbigt. Det kan således tolkas som en överenskommelse om *definition av situationen* (Goffman 2014). Detta kan analyseras mot professionernas beskrivningar om behovet av att samarbeta i sina *framträdande* i de isolerade rummen. I relation till framträdandet som genomförs i det isolerade rummet kan beskrivningar av de roller som professionerna intar förstås följa med förväntningar om hur de ska agera. Ovanbeskrivna samarbetsformer för att hantera

arbetet i det isolerade rummet genom förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet kan förstås mot de förväntningar som fanns kring professionernas *roller* i situationen.

Trots svårigheterna som följde med arbetet i det isolerade rummet som beskrevs i ovanstående utdrag, bland annat i relation till skyddsutrustning, förväntades teamen anpassa sig till det rumsliga sammanhanget och arbetsförhållanden. Detta utan att påverka *teamframträdandet*. Goffman (2014) redogör för att teamframträdandet relaterar till hur de olika rollerna är en del av att kontrollera *inramningen* genom interaktionen, vilket utifrån intervjumaterialet kan förstås i beskrivningar om hur teamens samarbete anpassades efter sammanhanget. Samarbetet förstås vara byggt på ett *ömsesidigt beroende*, underbyggt av en överenskommelse om att situationen var påtaglig och motiverade en formbarhet i samarbetet för att underlätta arbetet. Trots att professionerna beskrevs ha olika roller kunde de således hjälpas åt i vissa arbetsuppgifter inne i det isolerade rummet genom förhandlingar i teamet och orkestrering av rummet för att dels spara på skyddsutrustning, dels undvika att flera personer behövde gå in i salarna. Detta motiverades även av en ömsesidig förståelse kring att arbetet i det isolerade rummet var ansträngande. Detta kan förstås i relation till Goffmans (2014) definition om teamframträdandets relationella dynamik och dess förmåga att överbrygga strukturella och sociala meningsskiljaktigheter.

5.2 Teamet runt patienten

Teamet som befann sig runt patienten identifierades som ett övergripande tema vilket karakteriseras av beskrivningar av hur teamkonstellationen och rollfördelningen formades i relation till förändrade arbetsförhållanden. Ett centralt resultat som lyfts fram är hur de multiprofessionella teamen kom att se ut under arbetet under pandemin, vilket redogörs för i undertemat *teamkonstellationen*. Här redogörs för vilken inverkan teamens beständighet haft på det multiprofessionella samarbetet och kommunikationen. En annan central punkt som återkom i detta övergripande tema rör hur ansvar och förtroende fördelats mellan teamets olika roller, vilket redogörs för i undertemat *rollfördelning*. I detta undertema behandlas intervjupersonernas återgivning av teamets uppbyggnad och hur de olika yrkesgrupperna fördelades ansvar utifrån funktion och kunskap.

5.2.1 Teamkonstellationen

Teamkonstellationen beskrevs som dynamisk och föränderlig i två av de intervjuade teamen. Detta eftersom det under pandemin uppstod en hög personalomsättning som karakteriserades av sjukfrånvaro samt att personal sa upp sig eller blev omplacerade vilket ledde till att ny personal tillkom i teamkonstellationen, vilket beskrevs utmana det multiprofessionella samarbetet.

Jag tänker att det är bekymmersamt och inte superoptimalt av den anledningen att när det är något så här utmanade som händer, så är det människor man inte känner som man ska arbeta med. (...) Det blev ju inte enklare av att jag hade en del frånvaro men när det då kom annan personal som inte vet hur man jobbar, så blev det också svårare, eller jag tyckte att det blev svårare att få sin del i arbetet och i teamet.

(Hälso- och sjukvårdskurator 1)

Det är inte så att jag har ett team med fem personer runt omkring och sen så jobbar vi ihop utan jag är ju jag och sen så har jag ju mina kollegor och sen så var den enorm massa personal som hela tiden byttes ut på avdelningen (...) Så hur temaarbetet påverkades var ju att det var ju hela tiden olika. (...) Väldigt många jobbade väldigt, väldigt bra får man ju säga men de byttes ju ut hela tiden också. Eller byttes ut för mig eftersom jag också bytte plats.

(Läkare 2)

Nya teamkonstellationer beskrevs som bekymmersamt både utifrån hög personalomsättning och personalens egen frånvaro från avdelningarna. Detta beskrevs medföra svårigheter för teamarbetet då professionernas del i teamkonstellationen kunde bli oklara samt att det bidrog till avsaknad av kontinuitet. Dessa svårigheter återfinns i tidigare forskningsresultat som visat på att en ökad arbetsbelastning, underbemanning och nya teamkonstellationer är en inneboende stressfaktor för teamarbetet under pandemin då det skapar tvetydighet om rollidentitet (jfr. Gohan, Larivière & Nowrouzi-Kia 2020; Traylor et al. 2021). Nya teamkonstellationer på grund av en omfattande personalomsättning beskrevs emellertid inte enbart medföra svårigheter då teamen samarbete i patientärenden vilade på en förståelse för arbetets förändrade förutsättningar.

Där var mycket ny personal. Och det ger ju, det ger ju ett merarbete. Det är tacksamt att man får den hjälpen men det är många som ska introduceras och eftersom det är någon som vanligtvis jobbar någon annanstans, så kanske de inte hade jobbat i slutenvården under många år. Kanske inte är där helt frivilligt heller. Det behöver man ju ta viss hänsyn till. Sen i situationen var det aldrig några problem för alla var ju jättehjälsamma och ställde upp.

(Läkare 1)

Att det tillkom ny personal till teamkonstellationen beskrevs skapa merarbete vilket hanterades genom att professionerna jobbade ihop sig och behövde ta hänsyn till att arbetet var nytt för dessa personer. Förändringarna i teamkonstellationen medförde att den nya personalen som tillkom till teamen erbjöds introduktion till avdelningsarbetet liksom teamarbetet. Professionerna beskrev att anpassning till teamens fluktuerande konstellationer förutsatte kommunikation då de behövde bekanta sig med varandra för att arbeta upp samarbetet och tydliggöra arbetsrutiner. Dessa resultat förefaller tillkomma med ett nytt empiriskt fynd till forskningsfältet eftersom denna aspekt tidigare inte redovisats i kunskapsläget. Studiens resultat visar på att svårigheter härledda till en hög personalomsättning hanterades genom de sociala interaktionerna. Genom att professioner i de multiprofessionella teamen kommunicerade och visade på en förståelse för förändrade arbetsförhållanden både för de som tillkom till teamen liksom teamkonstellationen i sig synliggörs att agerandet och samarbetet formades efter återkommande nya teamkonstellationer.

När teamkonstellationen karakteriserades som beständig, vilket beskrevs av ett team, bedrevs teamarbetet av samma personalstyrka som innan pandemin, även om personerna som arbetade i teamet kunde fluktuera vid arbetspassen. Samtliga professioner i dessa team beskrev en styrka i upplevelsen av att teamkonstellationen var upparbetad redan från pandemins början vilket präglades av att professionerna hade en förståelse för samtligas del i teamet.

Jag tror att den extra belastningen som covidens verkligen var, den svetsades oss samman ännu mer. Vi kände varandra bra innan och vi kände varandra ännu bättre efter och det var ingen i teamen som sviktade på något sätt eller så, ”nu skiter jag i

det här” eller något sådant. Och det var aldrig några hårda toner oss emellan utan det var, däremot kunde man ju säga ”Ja nu får du sticka ut en stund här” och lite sådant.

(Läkare 3)

Professionerna beskrevs ha kännedom om varandras roller där pandemin kom att svetsa dem samman ännu mer. Detta team beskrev att de inte behövde introducera ny personal som placerats på avdelningen likt de andra två teamen vilket visar på att teamkonstellationen inte förändrades i samma utsträckning. Intervjupersonernas beskrivningar om den beständiga teamkonstellationen bekräftar därigenom tidigare forskning gällande att pandemin kom att stärka redan välfungerande team eftersom deras kommunikationsmönster var integrerade sedan tidigare (jfr. Nicholas et al 2023).

Det multiprofessionella teamarbetet skildras genom olika nyanser och dimensioner där teamkonstellationernas former förstås påverkats av pandemin och den omfattande personalomsättningen. I dessa fall förstås det även påverka samarbetets förutsättningar. I ovanstående utdrag går det förstå att teammedlemmarnas förutsättningar att kommunicera och interagera påverkades i de fall teamkonstellationens uppsättning byttes ut på grund av personalomsättningar och personalens frånvaro. Teamkonstellationen i sig beskrevs inte som föränderlig i den bemärkelsen att samtliga professioner i stort sett alltid var representerade i teamen, utan teamkonstellationens dynamik avser att personalen som ingick i teamkonstellationens uppsättning kunde komma från andra avdelningar. På så vis går det förstå att teamframträdandets olika *aktörer* alltid var representerade genom teamkonstellationen där personalen som spelade rollerna i teamen emellertid kunde komma att förändras. Goffman (2014) dramaturgiska rollteori synliggör att det är de sociala rollerna som är föremål för analys och inte personerna i sig. Således går det att förstå att samarbetet genom teamkonstellationens förändringar behövde förhålla sig till en process där förväntningar om *rollers* agerande behövde kommuniceras och förhandlas fram i teamen. Detta tolkas sedermera bidragande till vad som beskrivs som en gemensam definition av samarbetet och vilka förväntningar som förelåg för samtliga professioner inom teamkonstellationen. Förväntningarna på *aktörerna* och *teamframträdandet* kan därmed tolkas som framförhandlade genom intervjupersonernas erfarenheter av betydelsen att bygga relationer, visa förståelse för de förändrade

arbetsförhållandena och introduktion till nya kollegor som tillkom till teamkonstellationen vilket grundade sig i ett ömsesidigt lärande.

När teamkonstellationen karakteriserades av en beständighet där professionerna beskrev erfarenheter av att de kände varandra väl innan pandemin och bättre efter kan förstås genom Goffmans (2014) analytiska begrepp *trovärdiga intryck*. Genom att teamkonstellationer sedan tidigare verkat på liknande *scener*, det vill säga på avdelningen och i de rum som sedermera blev isolerade, fanns det redan förväntningar på aktörerna som spelade rollerna i teamframträdandet. Erfarenheterna av teamkonstellationen och professionernas roller kan därmed förstås bestå av tidigare uttryck av *trovärdiga framträdanden* i beskrivningar om att samarbetet varit välfungerande och att teamarbetet varit upparbetat. Tidigare *sammankopplingar av handlingslinjer* kan tolkas mot beskrivningar av hur teamkonstellationen var upparbetat sedan tidigare då samtliga professioner varit en del av den *bindningsprocess* i tidigare interaktion och kommunikation vilket genererat i en god upplevelse av teamarbetet, vilket sedermera förstås ha fortlöpt under covid-19-pandemin och även stärkts vad avser teamkänsla och samarbetet genom teamkonstellationen (Blumer 1969).

Då teamkonstellationer kunde karakteriseras av återkommande förändringar kan det merarbete och de svårigheter att arbeta med okända kollegor som beskrivs, förstås som att teamen kunde hamna i ett förvirrat läge då *definitionsförslaget om situationen* och teamarbetets samarbetsvägar blev oklara (Goffman 2014). Trots svårigheterna som framgår i intervjumaterialet beskrivs professionernas agerande i form av strategier att förhålla sig till förändringarna där förståelse och hänsyn gestaltades genom introduktion och uppskattning för det samarbetet som upparbetades. Detta trots vetskap om att konstellationen kunde komma att förändras ytterligare. Genom att tillämpa dramaturgiska analytiska begrepp (Goffman 2014) blir det väsentligt att se till hur interaktioner kan förstås genom handlingar och reaktioner. Team som erfarit en högre personalrotation erfor ett försvårat samarbete men handlade därefter för att underlätta samarbetet genom *teamframträdandet*, vilket utläses av intervjupersonernas beskrivningar om hur de fann lösningar men även en meningsfullhet i att få uppbackning från ny personal vilka kunde spela de roller som var behövliga. Här kan det analytiska begreppet *trovärdiga intryck* förstås då professionerna kommunicerade med varandra genom att bekräfta och hjälpa varandra vid de försvårande arbetsförhållanden för att finna former för att utföra arbetet.

Interaktionerna i de nya teamkonstellationerna kan förstås som ett sätt att agera i ett trovärdigt framträdande för att möta de förväntningar som åläggs teamkonstellationen och arbetsuppdraget i relation till den nya scenografin. På så vis går det förstå att det gemensamma teamframträdandet stärktes även ifall då teamkonstellationen innefattade ny personal genom den direkta interaktionen som beskrivs i utdragen. Ett ömsesidigt inflytande från samtliga professioner förstås ha uppstått genom förväntningar av agerande i de skilda rollerna då de förhöll sig till den nu förändrade scenografin vilket även förändrade det sociala sammanhanget (Goffman 2014).

5.2.2 Rollfördelning

Intervjupersonerna återkom till att beskriva det multiprofessionella teamarbetets fördelaktigheter i relation till teamkonstellationen som bestående av olika professioner med skilda kompetenser. Teamkonstellationen beskrevs bidra till en helhetsbild vid bedömning och behandling av patienters medicinska samt psykosociala behov men även en upplevd samhörighet och minskad ensamhetskänsla.

Det är väl det här hur viktiga liksom var och en är och att man är viktig i den här omvårdnaden kring patienterna. Och att det blev väldigt tydligt att det var det medicinska men också mycket det omvårdnadsmässiga och det som rehab ansvarade för. (...) Kuratorn blev ju jätteviktig såklart med kontakt med anhöriga och så. Så det var ja, nej men alla jobbade tillsammans. Så blev det ju. Man behövdes verkligen allihop.

(Sjuksköterska 1)

Teamkonstellationen beskrevs karakteriseras av att professionerna hade olika funktioner vid omhändertagandet av patienter så som medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och anhörigstöd vilket bidrog till en trygghetskänsla. De olika professionernas skilda funktioner beskrevs inte som något utmärkande för pandemin, men fördelningen av roller beskrevs tydligare utpräglad. Studiens resultat bekräftar därmed de studier som belyser att multiprofessionellt teamarbete blir välfungerande när det finns en samsyn om hur arbetet ska bedrivas mot ett gemensamt mål, där förståelse för samtligas professionsidentiteter tillför ett ömsesidigt förtroende och lärande över professionsgränser (jfr. Glaser & Suter 2016; Kvarnström & Cederlund 2006).

Vilka professioner som omnämns tillhöra de multiprofessionella teamens konstellation beskrevs till stor del vara läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut och hälso- och sjukvårdskurator. Ett fåtal intervjupersoner beskrev emellertid inledningsvis i intervjuerna att det multiprofessionella teamet bestod av professionerna läkare, sjuksköterska, undersköterska och fysioterapeut.

Det är vi tre som jobbar tätast tillsammans. På den enheten jag är nu, så det är sjuksköterska och en undersköterska som vårdar ett antal patienter och sen har jag en ansvarig läkare. Så det är vi i teamet och till teamet har vi också en fysioterapeut men den har flera patienter. Så det är ju mest vi fyra då, läkare fysioterapeut, sjuksköterskor och undersköterskor som jobbar kring standard-patienten i den dagliga vården.

(Sjuksköterska 2)

Läkare, sjuksköterska och undersköterskor beskrevs arbeta tätast ihop i den dagliga vården av ett visst antal patienter på avdelningen. De multiprofessionella teamen beskrevs sedermera expandera i specifika situationer, i synnerhet av professionerna fysioterapeuter och hälso- och sjukvårdskuratorer. Hälso- och sjukvårdskuratorernas arbete beskrevs av somliga intervjupersoner, där ibland hälso- och sjukvårdskuratorerna själva, skilja sig åt i viss bemärkelse från övriga professioner i teamet.

Asså jag är ju ändå lite av en ö på något sätt i allting ju. Eftersom jag hoppar runt så mycket (..) Jag jobbar ju på ett sätt i team men jag är ju ganska självständig i-, jag är inte med på alla möten, på alla liksom puls [ronder] så att jag begränsar mig lite där. För att jag tror inte jag hade hunnit (skratt) riktigt heller, men det är också så mycket medicinsk så att jag får också välja ut lite ibland. Men jag samarbetar ju hela tiden egentligen med alla asså läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast (...) när det finns behov av samtal då ringer de mig. Så jag går inte till alla [patienter] det hade kanske varit kanske det allra, allra bästa men jag har inte riktigt den möjligheten. Så det är egentligen på det sättet förlitar jag mig på personalen.

(Hälso- och sjukvårdskurator 3)

Hälso- och sjukvårdskuratorer skilde sig från övriga professioner då de beskrevs förhålla sig till andra organisatoriska förutsättningar vilket påverkade tillgängligheten att delta på vissa möten. Det gick emellertid att urskilja att samtliga intervjupersoner beskrev hälso- och sjukvårdskuratoren som en del av de multiprofessionella teamen, även av de som initialt benämnde att teamet bestod av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Hälso- och sjukvårdskuratorers del i teamen beskrevs i synnerhet handla om omhändertagande av anhöriga där de beskrevs ha en samordnande roll och stödjande funktion. Ärenden som involverade anhöriga beskrevs vara präglade av oro och rädsla från anhöriga samt en hög arbetsbelastning för professionerna i teamet.

De var ju jättejätterädda och hade jättemycket tankar liksom, de gick ju hemma och oroade sig jättejättemycket. Så man blev ju, de [anhöriga] kände liksom att ”de [personalen] inte hade tid, de ringer inte tillbaka, jag vet inte vart min anhörig är” och så där ibland. Och då kunde jag förklara hur det var hos oss, jag kunde förklara hur det var i rummet och att ”din nära är inte ensam. De har inte tid just nu det är för att de är inne, om de inte svarar så försök senare, det är alltid svårare att nå dem vid den här tiden, det är bättre att du ringer på eftermiddagen till exempel för då har de mer besked också att ge”. Och det avlastande ju givetvis vårdpersonalen (...) De [patienterna] låg ju väldigt länge och det gjorde anhöriga väldigt trötta och irriterade ibland och så vidare. Där man ibland kunde vara en länk.

(Hälso- och sjukvårdskurator 2)

I resonemanget ovan skildras hur teamets rollfördelning kunde formas i kontakt med anhöriga där hälso- och sjukvårdskuratoren i synnerhet hade samtalsstöd med anhöriga vilket även kunde fungera som avlastning för övriga professioner som vårdade patienterna. Detta går i linje med tidigare forskning som beskriver att det sociala arbetets roll vid krissituationer innefattade krisstöd till drabbade liksom att hälso- och sjukvårdskuratorer erbjöd stöd till kollegor (jfr. Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021).

Arbetet med anhöriga på avdelningen beskrevs framför allt i händelser där patienter förväntades avlida eller hade avlidit vilket inte var något utmärkande för pandemin, detta ingick i det ordinarie arbetet för samtliga professioner. Det som lyfts fram som utmärkande för pandemin var att patienter avled i en högre utsträckning samt att samtliga professioner inte kunde närvara i samtal som vanligt utifrån den höga arbetsbelastningen

och förhållningsregler som följde med det isolerade rummet. På så vis förändrades förutsättningarna till viss del avseende rollfördelning i teamet.

När det väl blev att anhöriga kom dit och de skulle ha läkarsamtal så kunde kanske inte någon i teamet som undersköterskor eller sjuksköterskor vara med på samtal vilket var lite frustrerande men någon behövde sköta patienterna. Så många gånger fick läkaren prata med anhöriga själv. Vi brukar ju försöka vara med, för att lyssna in (...) Vid planerade avslut var det kuratorn som också stöttade anhöriga. Jag hade ju inte tid att vara med dem. Så att kuratorn gjorde ett enormt jobb under pandemin, helt makalös den kuratorn vi hade till hjälp. Just med anhöriga. För de [anhöriga] var ju liksom, i och med att vi jobbade inne på isolerings-salar med vår skyddsutrustning och sådant, så mötte jag sällan anhöriga en längre stund men de fick också ta på sig skyddskläder och komma in.

(Sjuksköterska 2)

I ovanstående utdrag går det utläsa hur de multiprofessionella teamens samarbete i dessa situationer formades utefter deras olika roller och förväntningar om agerande i relation till arbetets förutsättningar. Tidigare förväntan om sjuksköterskors agerande ändrades från att sitta med vid samtal med anhöriga och lyssna in information till att behövas inne i de isolerade patientsalarna där möten med anhöriga skedde i full skyddsutrustning. Liknande beskrivning om hur samarbetet formades efter förutsättningar och den sociala interaktionen beskrivs nedan från en hälso- och sjukvårdskurators perspektiv.

Läkaren var ju med och ja men också som stöd på något sätt för att informera om vad som hände under tiden, till anhörig. Och till patienten såklart i den mån [patienten] kunde ta till sig informationen. Så informera om det medicinska på ett enkelt sätt, på ett förståeligt sätt. Läkaren var väldigt så här ”har du några frågor?” frågade mycket, liksom anhörig. Ja vad gjorde läkaren mer. Ja men typ guidade sjuksköterskorna, under förloppet. Hur mycket medicin, hur mycket lugnande och allt det här (...) när patienten hade avlidit, erbjöd läkaren kontakt ”hör av dig om du undrar någonting” men då följde jag upp patienten eller förlåt anhörig menar jag. (...) och sjuksköterskorna var ju där men de var väl mer som, asså sjuksköterskorna är ju, blir ju ibland också lite stödjande personer men det var väldigt mycket för

dem så jag tänker mig att de inte hade möjlighet heller att sitta ner och prata med patienterna utan det var fokus på att vårda. Så det blev ju min roll, såklart.

(Hälso- och sjukvårdskurator 3)

Professionerna beskrevs få olika roller vid omhändertagande av anhöriga och patienter som fick ta emot besked om att vård gavs i livets slutskede där läkaren ansvarade för att ge besked och ta medicinska beslut, sjuksköterskan ansvarade för omvårdnad och hälso- och sjukvårdskuratorn för stödsamtal även om stödfunktionen återfanns i samtligas rollers agerande. Det multiprofessionella teamarbets formation genom rollfördelning förstås således i relation till omhändertagandet av patienter och anhöriga där det framkommer att samarbetet kommuniceras i samspelet där professionerna arbetade både professionsspecifikt med vissa uppgifter och teamcentrerat kring andra så som stödfunktionen. Intervjupersonernas resonemang kring hur teamuppsättningen formades kring situationen kan förstås mot tidigare forskning som visat att gemensamma beslut och kommunikation är avgörande faktorer för samarbetet inom teamet då det klargör roller och ansvar för att hantera problem som uppstår på vårdavdelningar vid kristider (jfr. Al Knawy et al. 2019; Honey & Wang 2013; Tseng et al. 2005; Goldman & Xyrichis 2020).

Vid beskrivningar av betydelsen av samtliga professioners del inom den multiprofessionella teamkonstellationen går det utifrån det dramaturgiska ramverket förstå teamkonstellationen som en grund för *teamframträdandet* som är underbyggt av trygghet och ett ömsesidigt beroende av samtligas roller (Goffman 2014). Beskrivningar om rollfördelning i de multiprofessionella teamen och hur dessa roller kunde skifta i relation till situationer så som vid patient- samt anhörigärenden kan tolkas mot Goffmans (2014) teoretiska dramaturgi. *Rollerna* som professionerna intog vilka förutsattes av olika arbetsuppgifter, kompetens och organisatoriska förutsättningar förstås i relation till det sociala sammanhanget. Professionernas möjligheter att göra arbetsuppgifter likt tidigare begränsades vilket genererade i en rollfördelning där vissa arbetsuppgifter behövde fördelas eller skötas gemensamt. Behovet av respektive professioners roller och kunskap synliggjorde hur samarbetet görs som ett *teamframträdande* där professioner kunde göra liknande framträdanden hos patienter med stöd av varandras kunskap genom interaktionen. Således kan teamarbetet förstås som en helhet där samtliga gör sina delar och hjälps åt i vissa delar vilket relaterar till de olika professionernas roller i

teamframträdandet (Goffman 2014). Förväntningar om rollfördelningen i teamframträdandena förstås därmed som anpassade mot den nya scenens *inramning*. En intressant aspekt som framkommer i det empiriska materialet är beskrivningen av rollfördelningen i de multiprofessionella teamen där samtliga professioner som deltagit i studien inkluderats vid beskrivning av teamkonstellationen samtidigt som somliga intervjupersoner beskrev att teamet som centrerades kring den dagliga vården bestod av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Vid behov av ytterligare professioner så som hälso- och sjukvårdskuratorer behövde övriga professioner kommunicera att behov av ytterliga kompetenser behövdes i särskilda patient- och anhörigärenden. Således går det tolka det som att samtliga professioner var en del av de teamens rolluppsättning och *teamframträdandet* men att rollfördelningen kunde centreras kring en mindre del av teamen vid situationer som handlande om omvårdnad av patienter. De roller som inte behövdes för det specifika teamframträdandet förstås således stå i kulisserna och kallades in vid behov (Goffman 2014). De multiprofessionella teamens rollfördelning förstås därmed relatera till vilka roller som framträder i särskilda situationer i vilket det går att tolka att teamframträdandet formades i olika uppsättningar av teamet.

Att teamframträdandet skiftade kan förstås som en omställning där det emellertid i beskrivningarna kunde uttolkas en acceptans och förtroende till övriga i teamets agerande liksom det egna agerandet. Hur samarbetet formades efter dessa skiftningar kan förstås genom de multiprofessionellas samarbete i att förhandla och ge respons utifrån den meningsfullhet som tolkades i aktiviteten (Blumer 1969). Beskrivningarna om de multiprofessionella teamens samarbete kan tolkas mot studier som visat hur en social identitet skapas både för det egna yrket och för team-gemenskapen när det finns en samsyn i hur arbetet ska bedrivas mot ett gemensamt mål (jfr. Arndt et al. 2009; Glaser & Suter 2016). Genom intervjupersonernas beskrivningar om hur de andra professionerna agerade i situationen och under teamframträdandet går det uttolka en förståelse för samtligas funktion vilket i intervjumaterialet även beskrevs som en trygghet. Tryggheten i sig kan genom den symboliska interaktionismen även förstås mot hur professionerna i teamets *handlingslinjer sammankopplades* och relaterades till varandra i deras gemensamma arbete i omhändertagande av anhöriga vid dödsfall där rollfördelningen behövde anpassas mot arbetsförhållanden (Blumer 1969).

5.3 Meningsskapande i en krissituation

Ett återkommande tema i det empiriska materialet handlade om teamens förhållningssätt till arbetet under pandemin vilket beskrevs som en krissituation och ett undantagstillstånd. Samarbetet skildrades inte enbart genom direkta beskrivningar om agerande utan även vid beskrivningar om hur teamen skapade mening i krissituationen och hur det formade teamarbetet. I undertemat *personalens strategier att hantera kris* redogörs för hur teammedlemmarna arbetade för att bekräfta den svåra situationen och finna mening och stöd hos kollegor. Resultaten talar härvidlag för att personalen fann strategier för att uppnå såväl en enad teamkänsla som ett stärkt samarbete. Återkommande vid arbete under pandemin var även etablerandet av såväl strukturerade som ostrukturerade gemensamma forum för reflektion vilka syftade att erbjuda stöd för teammedlemmarna, vilka behandlas i undertemat *kollegialt stöd genom olika forum*. I detta undertema redovisas teamens syn på de strukturerade forumen, men även hur det av berörda intervjupersoner upplevdes att utöver sin ordinarie roll i teamet anta rollen som ledare för kollegiala reflektionsgrupper. I undertemat behandlas även hur det kollegiala stödet redovisades i former av ostrukturerade avstämningsmöten, där resultaten pekar mot att de multiprofessionella teamen skapade forum vid behov av att ventileras och få sina upplevelser validerade.

5.3.1 Personalens strategier att hantera kris

Utmärkande och förändrade arbetsförhållanden som teamen behövde förhålla sig till i teamarbetet beskrevs som påtagliga och annorlunda likaså som de aldrig var beständiga. Dessa skiftade i takt med den globala smittsamma sjukdomens olika vågor. I beskrivningar av det undantagstillstånd som arbetet präglades av under pandemin identifieras personalens strategier att hantera kris vid såväl akuta som oklara situationer som uppstod, vilka professionerna hade ingen eller lite erfarenheter av från tidigare arbete.

Under covid var ju allting annorlunda, allting var ju helt upp och ner. Så att det var ju-, det var ju så otroligt många olika vågor av vad som var problemet just då. Så att då går ju allting som ett undantagstillstånd kan man väl säga, i tre år. Så att det var ju helt annorlunda från det vanliga på många sätt så att säga.

(Läkare 2)

Intervjuperson: Min känsla är att vi var nog alla lite lost det tog liksom ändå man fick pröva sig fram lite, vad är det för patientgrupp och vad har de för problem och vad är liksom återkommande asså så det var ju ganska mycket så vad heter det trial and...

Bella: Error?

Intervjuperson: Ja precis, ja vi hittade på ett upplägg då.

(Hälso- och sjukvårdskurator 3)

I resonemangen ovan går det utläsa hur professionerna upplevde sig som vilsna då arbetets karaktär var annorlunda och oklar. Detta beskrevs resultera i att teamen behövde testa sig fram för att hitta strategier för att förhålla sig till den kris som uppstod i den förändrade arbetssituationen. Liknande resultatet framkommer även i tidigare forskning som visat på att pandemin skapat förvirring och en otillfredsställande arbetsmiljö (jfr. Akerstrom et al 2022; Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023; Traylor et al. 2021). Beskrivningar om undantagstillståndet som uppstod kunde härledas till mönster av resonemang gällande hur teamen behövde arbeta tillsammans för att fortsatt kunna bedriva arbetet, trots förändrade omständigheter.

Det blev ju splittrat överallt på något vis. Hade man då varit borta från jobbet i kanske en vecka så var det ”ja nu är det här som gäller i stället”. Så det var ju svårt att på ett vis få någon enad bild samtidigt som vi också var kanske mer enade än någonsin för att det var så här ”nu jävlar nu kör vi” liksom. Och folk gick ju verkligen in så, jag har aldrig jobbat så mycket övertidstimmar som då och folk verkligen offrade sig. Så det blev lite stämningen att nu gör vi det här tillsammans men samtidigt så var det väldigt mycket osäkerhet ändå, att man inte riktigt visste. Det var ju svårt att så i ett team hålla fasta rutiner och sådana saker det var ju mer släcka bränder.

(Sjuksköterska 3)

Arbetet beskrevs splittrat då nya riktlinjer som avlöste varandra försvårade möjligheten till interaktion och kommunikation då arbetet ständigt var under förhandling inom teamen, organisationen liksom samhället, vilket även beskrivits i tidigare studier om det multiprofessionella teamarbetet under pandemin (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et

al. 2021; Nicholas et al. 2023; Traylor et al. 2021). Upplevelsen av att pandemin skapade känsla av osäkerhet beskrevs återkommande.

Det påverkade onekligen teamarbetet väldigt mycket på många sätt. Det var bra, men just frånvaron och den fysiska distansen som man måste ha gjorde det mycket svårare och det att man jobbade gemensamt i en svår situation gjorde det på något vis bättre. Men det som var absolut jobbigast var det här stora utbytet asså av både patienter och folk hela tiden. Därför att du måste upprepa samma procedur 40 gånger och man blir trött av det. (...) Totalt sett tycker jag att teamarbetet blev bättre på något sätt ändå. För att man satt i samma båt och försökte göra så gott man kunde. Och när man nådde den acceptansen så blev det bra.

(Läkare 2)

De multiprofessionella teamens strategier för att hantera kris karakteriserades av att arbetet blev splittrat och påfrestande. Detta beskrevs emellertid bidra till delade upplevelser av att det multiprofessionella teamarbetet blev mer enat än någonsin då de satt i samma båt. Professionerna i teamen beskrev att de genomförde arbetet tillsammans där strategier formades efter den osäkerhet som påverkade arbetssituationen. Detta kan sättas i relation till tidigare studier som betonar vikten av att professioner i teamet fick sina upplevelser validerade och bekräftade då den gemensamma förståelsen för situationen minskade känsla av ensamhet (jfr. Jonsdottir et al 2021; Nicholas et al. 2023). Genom intervjupersonernas beskrivningar om hur teammedlemmar arbetade övertidstimmar och anpassade arbetet efter förutsättningar synliggörs hur de multiprofessionella teamens samarbete stärktes genom personalens strategier att hantera kris. Gemensamt för samtliga intervjupersoner var skildringen att de erfarit en starkt gemenskap inom teamen trots att arbetet präglades av en påträngande arbetsbelastning och ovisshet.

Vi blev en väldigt stark grupp, vi blev ju ett vi. Vi blev också trygga i, just det här att i stort sett känna sig tryggast på sin arbetsplats för här vet vi att alla accepterar reglerna och att det tog mycket att just vara irriterad på alla andra utanför. Vi kunde enas i det, på något sätt. Att det fanns ett behov av det. Att enas. Vi vet hur det ser ut, men ni vet inte det. Och ni är dumma, vi är de som vet liksom. Så det var

väldigt, vi hade en väldigt stark sammanhållning skulle jag säga. (...) Jag tycker att alla försökte så gott de kunde. Vi gjorde verkligen så gott vi kunde.

(Hälso- och sjukvårdskurator 2)

Vi satt ju ändå i ett rum och vi kunde prata och vi kunde skratta och vi kunde umgås och vi kunde fika. Det var ju inte alla som fick göra det så det, då blev världen ganska normal i allt det. Det är så konstigt fast än det var på min egen avdelning så kunde jag gå in på covidsalen innanför dessa plyfa-skivorna och stänga dörrarna och på med alla skyddet och sen kunde jag gå till fikarummet.

(Sjuksköterska 2)

I resonemangen om hur gemenskapen stärktes av pandemin återkom intervjupersonerna att referera till teamet som ett "vi". Detta har kartlagts som ett återkommande mönster i intervjumaterialet. Konstruktionen av ett *vi* sätts i ovanstående citat i relation till andra individer som är utanför som dels inte följer restriktionerna, dels arbetade i en annan typ av verksamhet. Gemenskapen förstås i relation till både teamen som grupp men likaså till det sammanhang de befann sig i, vilket trots de undantagstillstånd som rådde blev en ny form av verklighet de behövde förhålla sig till. I relation till den tidigare forskning kan den stärkta gemenskapen och konstruktionen av en stark kollektiv identitet förstås av att samtliga professioner fick en integrerad del i teamet och att där uppstod ett ömsesidigt beroende och förtroende (Apesoa-Varano 2013; Emilsson 2013; Kvarnström & Cederlund 2006).

Meningsskapandet i krissituationen beskrevs genom erfarenheten av att vara en del av en historisk händelse. De multiprofessionella teamen tilldelades roller i vilka de förväntades vårda och stötta patienter, och deras anhöriga, som insjuknat i en helt ny typ av sjukdom.

Det kanske inte är utmärkande att tycka att det var spännande men absolut, det ska ändå komma med någonstans att det känns häftigt liksom och asså nu ryser jag lite grann när man tänker tillbaka "kommer du ihåg den här dagen, fan vad vi gjorde så här och vad vi liksom, ja men den patienten som var så jävla dålig och sen blev bra". Och också som vi vågade liksom, vi var modiga.

(Sjuksköterska 3)

Det var ju också väldigt utmanade och väldigt tufft och samtidigt otroligt spännande på ett parallellt spår då, rent yrkesmässigt är det ju det (...) Det interna teamet på [avdelningen] stärktes nog av den här pandemin tror jag för vi hade ju sådana belastningar och var utsatta för så mycket så vi, vi kom varandra väldigt nära. Och jobbade på ett fantastiskt bra sätt.

(Läkare 3)

Intervjupersonernas beskrivningar om hur arbetsförhållanden påverkades beskrevs i relation till pandemins påverkan på samhället i stort. I utdraget ovan tolkas meningsskapandet i arbetet genom uttryck av spänning vilket sätts i kontrast till hur professionerna kommunicerade med varandra om vilket arbete de faktiskt hade genomfört. Detta var ett återkommande mönster vilket även relaterar meningsfullheten i att arbeta under sådana påfrestande förhållanden mot spänning och effekter för teamarbetet där utmaningen i arbetet stärkte teamen då de delade upplevelsen av en hög arbetsbelastning. Agerande i relation till arbetsmiljön kan förstås genom den sociala interaktionen varvid *inramningen* av arbetsmiljön och arbetsförhållanden som ett undantagstillstånd följer med förväntningar som delas av teamet i hur de ska och agera i sina framträdanden (Goffman 2014). Deras agerande i form av strategier för att hantera krisen kan förstås stå i relation till samtliga inom teamen där de tillsammans behövde besluta om hur de skulle föra arbetet vidare. Detta kan tolkas i skildringar om hur professionerna i teamet offrade sig för varandra, arbetade övertidstimmar och anpassade sig efter förutsättningarna. Strategier att hantera krisen och arbetets nya förutsättningar förstås i intervjumaterialet innefatta en process där de bejakade den påtagliga situationen och fann samarbetsformer för att hantera arbetsförhållandenas. Detta kan tolkas mot Blumers (1969) beskrivningar om den symboliska interaktionismens grundläggande idé *sammankopplingen av handlingslinjer*. *Tolkningsprocesser* i de multiprofessionella teamen förstås genom denna grundläggande idé generera en gemensam handling och tolkning av situationen i vilket strategierna förhandlades fram.

Meningsfullheten kan i dessa utdrag relatera till Blumers (1969) tre premisser där mening förstås dels i relation till det isolerade rummet med tillhörande symboler som identifieras i omgivningen, dels genom den sociala interaktionen. Som Blumer beskriver har tolkningsprocessen vilket skildras i den *tredje premissen*, två distinkta steg vilket dels sker då individen i fråga *interagerar med sig själv* om meningen i situationen, dels i den

formativa processen som uppstår i sociala situationer med andra individer närvarande där individen i fråga tolkar mening i relation till andras agerande. På så vis kan meningsfullheten i både den egna erfarenheten som beskrivs som spännande och värdefull i kontrast till ovissheten som gestaltade krisen tolkas i relation till erfarenheten av att de multiprofessionella teamen bands ihop och stärktes. Detta kan förstås genom den grundläggande idén *mänskliga handlingens natur* som en respons på andras tolkning av definition liksom agerande vilket synliggörs i utdragen om hur teamen bekräftade varandra delade emotionella upplevelser, enades i arbetet och bekräftade varandras mod och arbete. Då professionerna i teamen delade upplevelse av att arbeta i denna påfrestande kontext förstås de därmed skapa ett gemensamt handlande i relation till symboler som blev meningsfulla i situationen, med vilket i ovanstående utdrag kan förstås innefatta kollegorna i sig som betydelsefulla symboler. Meningsskapandet som framhävs i personalens strategier att hantera kris går likaså i linje med tidigare forskning som belyser det kollegiala stödet som innefattade validering och delade erfarenheter var en bidragande faktor i de multiprofessionella teamens motståndskraft (jfr. Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023).

5.3.2 Kollegialt stöd genom olika forum

Det kollegiala stödet beskrevs som en tillgång och karakteriserades genom olika forum så som strukturerade reflektionsgrupper och ostrukturerade avstämningsmöten. Reflektionsgrupper, även kallat för avlastningssamtal och debriefings, beskrevs av majoriteten vara implementerat sedan tidigare i olika utsträckning och förklarades som strukturerade möten där samtliga i teamen träffades och reflekterade tillsammans kring konkreta ärenden, men också kring känslor och tankar om arbetssituationen som sådan.

Vi har avlastningssamtal där alla som vill får vara med, där vi sitter och pratar igenom ibland vissa patienter, ibland vissa situationer och där har vi ju kurator och vi har oss själva (...) Men vi har en tradition med-, med vad kallar man det, debriefing. Det byter ju namn de-briefing, avlastningssamtal, information, slutsamtal what ever men det är samma struktur att alla ska få säga sitt, helt okritiskt och sen så har man då någon form av strukturerad genomgång av det hela också.

(Team 1)

Ovanstående utdrag representerar ett av teamen som intervjuats där professionerna beskrev liknande upplevelser av att reflektionsgrupperna möjliggjorde samtal där samtliga i teamet kunde reflektera tillsammans kring sina erfarenheter, utan att det lades någon värdering i det som uttrycktes. Detta forum beskrevs bidra till en delad förståelse för de olika upplevelserna av arbetet. Detta går i linje med tidigare studier vilka lyft fram att strukturerade forum där personalen kunde reflektera ihop stärkte samarbetet i teamet och deras resurser att hantera stressorer i arbetsmiljön (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021; Traylor et al. 2021). Reflektionsgrupperna beskrevs intensifieras under pandemin vilket relaterades till den krisartade situation och undantagstillstånd som uppstod i arbetet vilket bland annat beskrevs handla om svårigheten att vårda patienter som insjuknat i en svårhanterlig sjukdomsprocess där utfallet till stor del resulterade i att en stor del av patienterna avled. Ett annat team beskriver emellertid att reflektionsgrupper erbjöds i ett senare skede och att det således inte var lika efterfrågat då pandemin var över och flertalet av kollegorna som ingick i teamet hade slutat på avdelningen.

När jag fokuserar, så kom det ju ett erbjudande från organisationens håll men det var rätt så sent. Och jag tror att många upplevde att dels så kanske det inte var med de som man jobbade med då. De var inte kvar helt enkelt, de hade gått vidare. En annan anledning var att det kanske var lite väl sent. Men det kanske hade varit värdefullt ändå att delta i det. Men ja en daglig reflektion bara kort skulle man kunnat, hade kanske varit en bra idé. Det kanske alltid en bra idé men det kanske hade varit en jättebra idé just då.

(Team 2)

Erbjudanden om reflektionsgrupper beskrevs komma en lång tid efter pandemins intensiva vågor vilket försvårade möjligheten att reflektera i direkt anslutning till arbetet. Problematiserandet av att reflektionsgrupper erbjöds en tid efter pandemins första vågor är inte en faktor som framkommit i kunskapsläget. I denna studies empiriska fynd tolkas detta som en försvårande omständighet eftersom behovet fanns om att få reflektera inom teamet, men där flertalet av kollegorna inte längre fanns kvar och arbetsförhållandena hade återgått till det normala. I det tredje teamet beskrevs ytterligare en nyansering av försvårande omständigheter av tillgodogörandet av reflektionsgrupper genom logistiska

svårigheter så som möjligheter att gå ifrån arbetet samt att närvara när de avslutat sina pass.

När man gick på några var det bra. Det uppskattades mycket av alla men ofta var det så att inga skrev upp sig för man hade inte tid att gå ifrån eller så var det då att man fick lediga perioder inlagda och på min lediga period vill jag ju verkligen inte åka in till sjukhuset. För jag vill ju inte se sjukhuset utan då vill jag ju bara hålla mig borta så det var ju också liksom logistiskt svårare. (...) Man märkte att kuratorn ändå hade aktiva försök och sådant där men det känns som [kuratorn] inte heller fick så mycket feedback från personalen alltid och då är det ju svårt. Man kan ju bara erbjuda, mer kan man inte. Och sen är det ju situationen, oavsett så är situationen som den är. I alla fall liksom. Det går ju inte komma ifrån.

(Team 3)

Professionerna i detta team relaterade svårigheterna att närvara på reflektionsgrupper till logistiska besvär, så som att det var svårt att gå ifrån arbetet liksom att det inte var önskvärt för personalen att befinna sig på arbetsplatsen efter arbetstid då de var trötta och behövde få distans och återhämtning från arbetet. Det framkommer att det inte var så många som gick på reflektionsgrupperna och ibland inga alls. I dessa resonemang går det att förstå att patientarbetet behövde prioriteras vilket även går i linje med hälso- och sjukvårdens huvudsakliga uppdrag (SFS 2017:30). Detta kan likaså sättas i relation till studier som lyfter fram att den medicinska kunskapslogiken är överordnad det sociala arbetets kunskapslogik inom hälso- och sjukvården genom tolkning av att vårdandet av patienter behövde gå före krisstödet för personalen (Finn, Learmonth & Reedy 2010; Johnsson & Olofsson 2014; Oborn & Dawson 2010).

Till stor del beskrevs hälso- och sjukvårdskuratorerna som samtalsledare för dessa reflektionsgrupper. Samtliga hälso- och sjukvårdskuratorer var eniga om att problematisera upplevelsen av dubbla roller då de å ena sidan vara en del av teamet och således hade behov av att få vara en del av den gemensamma reflektionen och å andra sidan vara samtalsledare för reflektionsgrupperna vilket ingick i deras professionsuppdrag.

Jag var inte med på någon sådan här reflektion eller så utan det är det som är lite konstigt att jag har reflektionsgrupper för personalen. Det är svårt att hålla en reflektionsgrupp när jag själv var så delaktig. (...) det är alltid för- och nackdelar med att ha reflektionsgrupp på sin egen avdelning. Men det kan vara bra men det kan också bli liksom för mycket. Då man är inte så utomstående heller utan man är en del av gruppen

(Hälso- och sjukvårdskurator 3)

Om jag behövde delta i stället för att vara samtalsledare kunde jag säga att i det här ärendet är jag för inblandad så jag deltar i stället. Det gjorde ju min arbetssituation bra och jag tror också att personal hade det behovet, för vi jobbade ihop och då kunde inte jag. Jag kan inte särskilja mig från det för jag var ju i den delade upplevelsen liksom och vi behövde få prata om det tillsammans.

(Hälso- och sjukvårdskurator 2)

Svårigheten att vara samtalsledare beskrivs i ovanstående citat bero på att det inte gick frångå att de även hade en roll i teamet och hade behov av att reflektera om patient- och anhörigärenden som de också varit delaktiga i. I tidigare forskning beskrivs dubbla identiteter dels som en tillgång då det tillför förståelse för samtligas funktioner och roller, dels som problematisk för teamdynamiken då identiteterna krockar vilket kan jämföras med intervjupersonernas resonemang om svårigheterna liksom möjligheterna att vara samtalsledare och delta i reflektionsgrupper (jfr. Apesoa-Varano 2013; Kvarnström 2008; Kvarnström & Cederlund 2006). Kunskapsläget omfattar emellertid inte dubbla roller hos teammedlemmar som arbetade under covid-19-pandemin.

Utöver de strukturerade forumen för kollegialt stöd beskriver intervjupersonerna att de multiprofessionella teamen kunde mötas i ostrukturerade avstämningsmöten. Dessa samtal karakteriserades likt de strukturerade reflektionsgrupperna då det kollegiala stödet centraliserades kring diskussion och reflektion kring arbetets karaktär. Detta kunde dels handla om samtal som genomfördes under arbetets gång, dels i direkt anslutning till arbetet vid kortare avstämningsamtal som samordnades vid behov. Det som skiljde de mer strukturerade forumen i reflektionsgrupper mot de korta avstämningsmötena var att de senare samordnades vid behov och hade inte samma struktur i form av samtalsledare och avsatt tid som reflektionsgrupperna.

Det blev väl som att vi pratade liksom, men inte så där strukturerat. Inte så där varje dag klockan utan de [omvårdnadspersonalen] har ju sina möten men sen hade vi avstämningar när det behövdes.

(Hälso- och sjukvårdskurator 3)

Behovet av att hitta andra forum för det kollegiala stödet beskrevs som betydelsefulla då det fanns behov av att mötas och samtala om specifika ärenden som uppstått under arbetets gång utan att det behövde vara organiserat. Behovet av det kollegiala stödet vid specifika ärenden bekräftar tidigare studier som lyfter fram betydelsen av det kollegiala stödet för främjandet av teamkänsla (jfr. Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023). I beskrivningarna om de olika forumen där det kollegiala stödet tog form beskrevs liknande erfarenheter om att positiv feedback skapade trygghet och uppskattning vilket bidrog till känslan av gemenskap.

Vi kunde prata och säga ”det var jättebra det du gjorde”, ”jag är glad att du tog det steget fram”. Och vi kunde liksom, ”att du tog den anhörig där”. Att vi hade det, vi uppvaktade varandra och tog hand om varandra i det. (...) Jag tror att vi tryggade varandra, för jag behövde ju få höra vad läkarna sa och de behövde att jag var där.

(Hälso- och sjukvårdskurator 2)

Sådana enkla saker att man säger ”god morgon” till varandra, att man säger ”tack för idag”. När någon säger hejdå säger man ”tack för din insats”. Och lite sådant, man ger varandra positiv feedback när man har gjort någonting bra. (...) Det är väldigt viktigt, och sen dessa strukturerade avlastningssamtalen och sådant tror jag är väldigt, väldigt viktigt också. Det är ju en del människor som tycker ”äh sådant jävla flum, ska man väl inte” men det är ju inte det. Alla har vi olika behov av att få prata om dessa sakerna och här får ju folk komma till tals, de som har stort behov av att göra det. Under strukturerade former. Tror jag är viktigt.

(Läkare 3)

I ovanstående utdrag tolkas beskrivningar om hur professionerna i de multiprofessionella teamen kommunicerade med varandra och hur de genom kommunikationen kunde bekräfta och validera varandra synliggör hur det kollegiala stödet genomsyrat

teamarbetet i olika former. Dessa resultat går även i linje med tidigare forskning (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021; Traylor et al. 2021).

Genom att bekräfta det undantagstillstånd de arbetade i och samtidigt lyfta fram uppskattning för samarbetet går det förstå det som att professionerna genom en gemensam *definierande process* tolkade den situation de befann sig i där de trots omständigheterna kunde agera utefter den mening som skapades genom interaktionerna (Blumer 1969). Vid beskrivningar om hur de multiprofessionella teamen fann mening i krissituationen framhävs betydelsen av att få upplevelsen validerad av övriga inom teamen som haft liknande upplevelser, vilket dels bidrog till utformande av strategier för att hantera krisen, dels bidrog till upplevelse av det kollegiala stödet. Därmed går det tolka det som att det kollegiala stödet blev en form av *symbol* som blev betydelsefull för samarbetet vilket förutsatte en kommunikation i teamet. Utifrån Blumers (1969) *första premiss* och den grundläggande idén *symbolernas natur* går det således analysera det kollegiala stödet som både *abstrakta* och *sociala föremål* vilka professionerna inom teamen agerade mot. Betydelsen av det kollegiala stödet som en symbol kan analyseras vidare genom Blumers (1969) *andra premiss* och grundläggande idén *den sociala interaktionens natur* vid beskrivningar av aktiviteter som teamen deltog i vilket beskrivs vara i strukturerade och ostrukturerade forum. I dessa forum kan meningsskapandet förklaras mot de handlingar som professionerna utförde när de samlades i forumen och hanterade följderna av de förändrade förutsättningarna för samarbetet genom att de interagerade med varandra. I interaktionen där teamen beskrevs delge sina upplevelser, delade en förståelse och blev validerade och bekräftade i upplevelsen förstås således formats mot de förändrade arbetsförhållandena genom utformningen av gemensamma strategier. I interaktionen förstås professionerna därmed inte enbart reagera på andra utan även ge indikationer till andra vilket gestaltas i citat om hur professionerna i teamen gav varandra positiv feedback. Meningsfullheten med reflektionsgrupper kan utifrån Blumers (1969) teoretiska resonemang därmed tolkas som förhandlad inom teamen genom de återkommande mönstren som återfunnits i intervjumaterialet gällande erfarenheter av behovet att få dela upplevelser tillsammans och bearbeta svåra situationer som uppstått på arbetet. Samtidigt kan meningsfullheten i reflektionsgrupperna förstås stå i förhandling till andra behov så som återhämtning och distans från arbetet liksom svårigheter att prioritera reflektion framför patientarbetet. I dessa dilemman synliggörs

betydelsen av de sociala interaktionerna vilka formade det kollektiva handlandet, där det enskilda agerandet ställdes i relation till andras agerande. När reflektionsgrupperna förhandlades bort förhandlades likväl hälso- och sjukvårdskuratorn roll som samtalsledare bort. Hälso- och sjukvårdskuratorernas dubbla roller i att dels vara samtalsledare, dels en del av de multiprofessionella teamen kan förstås genom Goffmans (2014) teori om *rollgestaltningens* intryck. Svårigheten som uppstår kan förstås mot att det råder oklara förväntningarna på det egna agerande vilket står i relation till omgivningens förväntningar och teamets definition av situationen. Således kan de dubbla rollerna förstås ha skapat ett förvirrat tillstånd för både den enskilde hälso- och sjukvårdskurator liksom teamet som helhet i framträdandet gällande vilka förväntningar som åläggs hälso- och sjukvårdskuratorns roll i sammanhanget.

När reflektionsgrupper behövde prioriteras bort framkom det att det kollegiala stödet tog andra former då teamen samordnade avstämningsmötena när behov fanns av att samtala om gemensamma ärenden. Således visar studiens resultat att interaktionerna formades i relation till de förändrade arbetsförhållanden då de multiprofessionella teamen fann olika forum att mötas i. Vidare går det förstå att agerande stod under en pågående förhandling mot situationen som helhet, där andras agerande noterades och tolkades mot det egna vilket tolkas i beskrivningar om när team var överens om att reflektionsgrupper erbjöds för sent, tog kollektiva beslut om att inte skriva upp sig på lista för reflektionsgrupper samt erfarit en god upplevelse av återkommande reflektionsgrupper (Blumer 1969). Tolkningsprocessen kan förstås påverka individernas agerande när andras agerande tolkas in i situationen och i interaktionen i vilket reflektionsgrupper fick förhandlas bort genom en gemensam aktion i vissa situationer vilket kan tolkas som en *sammankoppling av handlingslinjer*.

6. Avslutande diskussion

Covid-19-pandemin var en krissituation som försatte samhället liksom hälso- och sjukvården i ett undantagstillstånd. Även om krissituationen innebar förändrade arbetsförhållanden för de multiprofessionella teamen förväntades de agera i linje med sina uppdrag och lagstadgade förväntningar. Syftet med studien var att undersöka hälso- och sjukvårdskuratorers, läkares och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i multiprofessionella team under covid 19-pandemin och hur det påverkat deras samarbete.

Avseende de rumsliga sammanhangen som professionerna arbetade i och dess inverkan på arbetsförhållanden och interaktion har studien till stor del bekräftat tidigare forskning som beskrivit att pandemin genererat påtagliga fysiska och psykosociala arbetsmiljöer (jfr. Akerstrom et al. 2022; Jonsdottir et al. 2021; Nicholas et al. 2023; Ross et al. 2021; Traylor et al. 2021). Centrala resultat för studien synliggör hur den förändrade arbetsmiljön utmärkte sig genom att patientsalar isolerades och avskildes från avdelningarnas korridorer genom slussar. I relation till de förändrade rumsliga sammanhanget och arbetsförhållanden tillkom förändrade arbetsrutiner i form av att arbetet skulle utföras i skyddsutrustning. Den förändrade arbetsmiljön har analyserats genom analytiska begrepp tagna från Blumers symbolisk interaktionism och Goffmans dramaturgiska rollteori, Analysen visar på att de rumsliga aspekterna haft betydelse för samarbetets utformning. Det isolerade rummet förstås i studien som en del av interaktionen då det påverkade såväl den verbala som icke-verbala kommunikationen mellan professionerna i teamen. I föreliggande studie bekräftas tidigare fynd avseende försvårade omständigheter till viss del i relation till den förändrade arbetsmiljön genom kommunikationssvårigheter. Dessa visade sig emellertid inte påverka upplevelsen av ett fungerande samarbete inom teamen. Genom de sociala interaktionerna går det förstå att samarbetet i de multiprofessionella teamen förhöll sig till och formades utifrån de försvårade omständigheterna i relation till rummet, vilka framförallt handlade om skyddsutrustning och höga ljudmiljöer där den verbala kommunikationen och ansiktsuttryck hämmades av munderingen. Studiens resultat visar härvidlag på att professionerna i teamen utvecklade strategier i form av att prata högre och fråga om de uppfattat varandra korrekt, vilket tidigare inte framkommit i kunskapsläget.

Det multiprofessionella arbetet under covid-19-pandemin visade sig även påverka hur personalens roller i teamet formades och fördelades. Genom förhandlingar inom teamet och orkestrering av rummet förhandlades arbetsuppgifter fram, vilket kunde resultera i att professionerna hjälpte varandra över professionsgränserna i basala omvårdnadsuppgifter. Studiens resultat visar därmed att interaktionerna formades genom professionernas kommunikation vid omhändertagandet av anhöriga och patienter vid brytpunktssamtal där rollerna kunde förändras, i synnerhet för sjuksköterskor som behövde fokusera mer på vårdandet än vad de i vanliga fall gör. Teamkonstellationens föränderlighet liksom rollfördelningen som kom att ändras i relation till de rumsliga förutsättningar skapade en otrygghet vilket bekräftar tidigare studier (jfr. Gohan, Larivière & Nowrouzi-Kia 2020;

Traylor et al. 2021). Detta kunde emellertid ändå hanteras genom att teamen fann acceptans till arbetsförhållandenas förutsättningar och hade en välvilja att hjälpas åt för underlätta arbetet. Dessa resultat tycks med beaktande av tidigare studier tillkomma med ett nytt empiriskt fynd till forskningsfältet, då de multiprofessionella teamen genom sociala interaktioner fann metoder att hantera svårigheter hänförliga den höga personalomsättning som präglade covid-19-pandemin.

De meningsskapande faktorer som blev framträdande vid samarbete och kommunikation i de multiprofessionella teamen visade sig i de strukturerade och ostrukturerade forum för kollegialt stöd, men likaså i personalens samarbete i det isolerade rummet. Trots att arbetet i dessa isolerade rum beskrevs som påfrestande då professionerna erfarit fysiska besvär beskrevs samarbetet stärkt då det fanns en ömsesidig förståelse för de tuffa arbetsförhållanden. Personalens strategier för att hantera krisen kan förstås mot de symboler som blev värdefulla för interaktionen så som kommunikationen vid händelser där snabba beslut behövde tas där inga riktlinjer fanns att tillgå eller vid svåra och flertalet dödsfall på en dag med unga avlidna patienter. Genom kommunikationen interagerade personalen och kunde enas i känslor så som otillräcklighet och oro men även stolthet, bekräftelse och ökad teamkänslan. Studiens resultat synliggör att detta gjordes inom olika forum där det kollegiala stödet bidrog till ett stärkt samarbete inom de multiprofessionella teamen och meningsskapande i krissituationen.

Sammanfattningsvis har studien visat på att samarbetet inom de multiprofessionella teamen som stod inför en krissituation karakteriserades av förändrade arbetsförhållanden. Trots väsentligt förändrade förutsättningar visar studien samtidigt på att de flesta intervjupersoner upplevde teamen som flexibla och kapabla att anpassa och forma samarbetet utifrån den nya verkligheten. De multiprofessionella teamen förstods vara ense om att den annorlunda tiden och ovissheten som präglade situationen kom att stärka teamkänslan och upplevelsen av att de var enade i fronten, där samarbetet mellan professioner från det medicinska fältet och det sociala arbetet sågs som en stärkande faktor. Dessa resultatet ter sig intressanta utifrån tidigare studier som synliggjort spänning mellan olika handlingslogiker i hälso- och sjukvården vilket väcker vidare frågeställningar huruvida om dessa spänningar ter sig annorlunda då samarbetet görs under en krissituation. Studien lämnar även fortsatt obesvarade frågor kring vad som hände med samarbetet i de multiprofessionella teamen efter pandemin och lämnar

således implikationer för vidare forskning. Likväl lämnas forskningsindikationer kring hur personalens behov av forum för reflektioner bäst tillgodoses. Studien visar härvidlag att teamen inte delat samma upplevelser om dess organisering för samtliga professioners roller i relation till möjlighörandet att delta liksom att erbjudas reflektionsgrupp i anslutning till händelser.

7. Referenslista

Adams, J. G. & Walls R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic, *JAMA* 323(15), pp. 1439-1440.

Ahrne, G & Svensson, P (2022). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Ahrne, G & Svensson, P (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber. ss, 8-16.

Akerstrom, M., Carlsson, Y., Sengpiel, V., Veje, M., Elfvin, A., Jonsdottir, I. H., Degl'Innocenti, A., Ahlstrom, L., Wijk, H & Linden, K (2022) Working conditions for hospital-based maternity and neonatal health care workers during extraordinary situations – A pre-/post COVID-19 pandemic analysis and lessons learned, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 33.

Al Knawy, B. A., Al-Kadri, H. M., Elbarbary, M., Arabi, Y., Balkhy, H. H., & Clark, A (2019). Perceptions of postoutbreak management by management and healthcare workers of a Middle East respiratory syndrome outbreak in a tertiary care hospital: A qualitative study. *BMJ Open*, 9(5).

Alvesson, M & Sköldberg, K (2017). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Apesoa-Varano, E. C (2013). Interprofessional Conflict and Repair: A Study of Boundary Work in the Hospital. *Sociological Perspective*, 56(3), pp. 327-429.

Arndt, J., King, S., Suter, E., Mazonde, J., Taylor, E., & Arthur, N. (2009). Socialization in health education: Encouraging an integrated interprofessional socialization process. *Journal of Allied Health*, 38(1), pp. 18–23.

Berlin, J & Sandberg, H (2016). Team. Inledande reflektioner I: Berlin, J & Sandberg, H (red.) *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenhet och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press.

Blaikie, N. (2004). Abduction I: Lewis-Beck, M. S., Bryman, A & Liao T. F. (red.) *The sage encyclopedia of social science research methods*. Vol 1. Thousand Oaks CA: Sage ss. 1-1.

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. London: SAGE.

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

- Brante, T., Johnsson, E., Olofsson, G & Svensson L. G. (2015). *Professionerna I kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner*. Stockholm: Liber.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.
- Brolin, M., Callenberg, P & Westrell, M. (2022). *Krishantering i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Brown-Johnson, C., Vilendrer, S., Heffernan, M. B., Winter, S., Khong, T., Reidy, J., & Asch, S. M. (2020). PPE Portraits-a Way to Humanize Personal Protective Equipment. *Journal of General Internal Medicine*, 35(7), pp. 2240–2242.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE.
- Cheung, J. C-S (2020). What have hospital social workers been prepared for COVID-19 from SARS, MERS and H1N1? *Health & Social Work*, 45(3), pp. 211–214.
- Denzin N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction. The discipline and practice of qualitative research. I: Denzin N. K. & Lincoln, Y. S (red.) *The sage Handbook of qualitative research* 3 uppl. Thousand Oaks, CA: Sage ss. 1-32.
- Emilsson, U. M. (2013). The Role of Social Work in Cross-Professional Teamwork: Examples from an Older People’s Team in England, *The British Journal of Social Work*, 43(1), pp. 116–134.
- Erschens, R., Adam S. H., Weisschap C., Giel K. E., Wallis H., Herrmann-Werner A., Festl-Wietek T., Mazurak N., Zipfel S. & Junne F. (2022). The role of face masks within in-patient psychotherapy: Results of a survey among inpatients and healthcare professionals. *Frontiers in Neuroscience*. 16(1030397), pp. 1-10.
- Finn, R., Learmonth, M. & Reedy, P. (2010). Some unintended effects of teamwork in healthcare, *Social Science & Medicine*, 70 (8), pp. 1148-1154.
- Folkhälsomyndigheten (2023). *Krav på smittspårning för covid-19 upphör*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2023/mars/krav-pa-smittsparning-for-covid-19-upphor/> Hämtat: 2023-01-17.
- Foula, M. S., Alarfaj, M. A., Nwesar, F. A., Oraby, E. H., Mohamed, N. E., Foula, A., & Foula, H. S. (2021). Does wearing personal protective equipment affect the performance and decision of physicians? A cross-sectional study during the COVID-19 pandemic. *Annals of Medicine and Surgery*, 67.

- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Glaser, B & Suter, E. (2016). Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 55(5), pp. 395- 408.
- Goffman, E. (2014). *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Gohar, B., Larivière, M. & Nowrouzi-Kia, B. (2020). Sickness absence in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*, 70(5), pp. 338-342.
- Goldman, J. & Xyrichis, A. (2020) Interprofessional working during the COVID-19 pandemic: sociological insights, *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), pp. 580–582.
- Gotowiec, S. & Cantor-Graae, E. (2017). The Burden of Choice: A Qualitative Study of Healthcare Professionals. Reactions to Ethical Challenges in Humanitarian Crises, *Journal of International Humanitarian Action*, 2, pp. 1–10.
- Gustavsson, M., Arnberg, F., Juth, N., & von Schreeb, J. (2020) Moral Distress among Disaster Responders: What is it? *Prehospital and disaster medicine*, 35(2), pp. 212–219.
- Hayirli, T. C., Stark, N., Bhanja, A., Hardy, J., Peabody, C. R., & Kerrissey, M. J. (2021). Masked and distanced: a qualitative study of how personal protective equipment and distancing affect teamwork in emergency care. *INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE*, 33(2).
- Holmgren, J., Paillard-Borg, S., Saaristo, P., & von Strauss, E. (2019). Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership, and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. *Nursing Open*, 6(3), pp. 824–833.
- Honey, M., & Wang, W. YQ. (2013). New Zealand nurses' perceptions of caring for patients with influenza A (H1N1). *Nursing in Critical Care*, 18(2), pp. 63–69.
- James, K. (2011). The organizational science of disaster/terrorism prevention and response: Theory-building toward the future of the field. *Journal of Organizational Behavior*, 32, pp. 1013–1032.
- Johansson, A. (2005). *Narrativ teori och metod: med livsberättelsen i fokus*. Lund: Studentlitteratur.

- Johansson, S. (2011). Rätt, makt och institutionell förändring: En kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus. [Doktorsavhandling (monografi), Rättssociologiska institutionen]. Lund University.
- Jonsdottir, I. H., Degl'Innocenti, A., Ahlstrom, L., Finizia, C., Wijk, H. & Akerstrom, M. (2021). A pre/post analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the psychosocial work environment and recovery among healthcare workers in a large university hospital in Sweden, *Journal of Public Health Research*, 10(4).
- Jordan, S. R., Connors, S. C. & Mastalerz, K. A. (2022). Frontline healthcare workers' perspectives on interprofessional teamwork during COVID-19, *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 29.
- Khalili H., Thistlethwaite J. E., El-Awaisi A., Pfeifle, A., Gilbert, J., Lising, D., Macmillan, K. M., Maxwell, B., Grymonpre, R., Rodrigues Freire Filho, J., Snyman, S & Krisinformation (2019). *Så får du information*. <https://www.krisinformation.se/detta-gor-samhället> [Hämtat: 2023-06-25].
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvarnström, S. & Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams, *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), pp. 244-252–252.
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork, *Journal of interprofessional Care*, 22(2), pp. 191-203.
- Lackie, K. & Murphy, G.T. (2020). The impact of interprofessional collaboration on productivity: Important considerations in health human resources planning. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 21, Artikel 100375.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage.
- Lindh Falk, A., Hopwood, N. & Abrandt Dahlgren, M. (2017). Unfolding Practices: A sociomaterial View of Interprofessional Collaboration in Health Care. *Professions & Professionalism*, 7(1).
- Macdonald, Mary. B., Ferguson, Linda. M., Murray, Lee. B., Fowler-Kerry, Susan. E., & Anonson, J. M.S. (2010) Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency, *Nurse Education in Practice*, 10(4), pp. 238–242.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), pp. 143-151.

- Milton, J., Erichsen Andersson, A., Åberg, N. D., Gillespie, B. M. & Oxelmark, L. (2022). Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study, *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 30(1).
- Molnar-Szakacs, I., Uddin, L. Q., & Heffernan, M. B. (2021). The face behind the mask: The future of interpersonal interaction. *NEURON*, 109(12), pp. 1918–1920.
- Munthe, C. (2009) Etik: grundfrågor och konfliktområden. I Andersson, I. & Eljertsson, G. (red.) *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur AB. ss, 339–366.
- Murphy, A. A., Karyczak, S., Dolce, J., Zechner, M., Bates, F., Gill, K. J., & Rothpletz-Puglia, P. (2021). Challenges experienced by behavioral health organizations in New York resulting from COVID-19: A qualitative analysis. *Community Mental Health Journal*, 57(1), pp. 111-120.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2019). *Vad är en kris?* <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/skolmaterial/samhallets-krisberedskap/vad-ar-en-kris/> [Hämtat: 2023-06-25].
- Nicholas, D.B., P. Samson, L. Hilsen, & J. McFarlane. (2023). Examining the COVID-19 Pandemic and Its Impact on Social Work in Health Care. *Journal of Social Work* 23 (2), pp. 334-349.
- Oborn, E. & Dawson, S. (2010). Knowledge and practice in multidisciplinary teams: struggle, accommodation, and privilege. *Human Relations*, 63(12), pp. 1835–1857.
- Orasanu, J. & Lieberman, P. (2011). NDM issues in extreme environments. I: K. L. Mosier & U. M. Fischer (red.), *Informed by knowledge*. Hove, United Kingdom: Psychology Press. ss. 3-22.
- Orr D.E. (2010). Characteristics of positive working relationships between nursing and support service employees. *J Nurs Adm.* 2010;40(3), pp.129–134.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, Immunity*, 88, pp. 901-907.
- Payne, M. (2000). *Teamwork in multiprofessional care*. Basingstoke: Palgrave.
- Pockett, R. (2006). Learning from Each Other: The Social Work Role as an Integrated Part of the Hospital Disaster Response, *Social Work in Health Care*, 43(2/3), pp. 131–149.

- Power, N. (2018). Extreme teams: Toward a greater understanding of multiagency teamwork during major emergencies and disasters, *American Psychologist*, 73(4), pp. 478-490–490
- Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ricœur, P. (1973). The Model of the Text: Meaningful Action Considered as a Text, *New Literary History*, 5(1), pp. 91–117.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage
- Ross, A. M., Schneider, S., Muneton-Castano, Y. F., Caldas, A.A. & Boskey, E. R. (2021) “You never stop being a social worker:” Experiences of pediatric hospital social workers during the acute phase of the COVID-19 pandemic, *Social Work in Health Care*, 60(1), pp. 8-29–29.
- Sellberg, R. (2022). Skräcken i patientens ögon: ”vad händer med mig”? *Sydsvenskan*, 13 februari. <https://www.sydsvenskan.se/2022-02-13/skracken-i-patientens-ogon-vad-hander-med-mig> [Hämtat: 2023- 01-17].
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöberg, K. (2008). Forskaren och fältet. I: Wästerfors, D & Sjöberg, K (red.) *Uppdrag: Forskning: konsten att genomföra kvalitativa studier*. Malmö: Liber. ss: 15–40.
- Sjöström, M. (2013). *To blend in or stand out? Hospital social workers’ jurisdictional work in Sweden and Germany*. Diss. Göteborg: Göteborgs Universitet 2013.
- Socialdepartementet (2022). *Hälso- och sjukvårdens beredskap- struktur för ökad förmåga* (SOU 2022:6). Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-12-7135.pdf>.
- Sohlberg, P. & Sohlberg, B-M. (2019). *Kunskapens former: vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik*. Stockholm: Liber.
- Stadick, J. L. (2020). Understanding health care professionals’ attitudes towards working in teams and interprofessional collaborative competencies: A mixed methods analysis. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 21, Artikel 100370.
- Sörlin, S. (2020). *KRIS från Estonia till Corona*. Stockholm: Bokförlaget Atlas.

Traylor, A. M., Salas, E., Tannenbaum, S. I., & Thomas, E. J. (2020). Helping healthcare teams save lives during COVID-19: Insights and countermeasures from team science. *American Psychologist*, 76(1), pp. 1-13–13.

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

Tseng, Hsin-Chao., Chen, Thai-form., & Chou, Shieu-Ming. (2005). SARS: Key factors in crisis management. *Journal of Nursing Research*, 13(1), pp. 58–65.

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

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Världshälsoorganisationen (1999). *HEALTH 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf?Sequence=3&isallowed=y> [Hämtat: 2023- 01-17].

Världshälsoorganisationen (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=48E2CA04A4AC [Hämtat: 2023- 01-17].

Världshälsoorganisationen (2011). *The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335791/61wd09e-Health2020-111332.pdf?Sequence=1&isallowed=y> [Hämtat: 2023-01-17].

Världshälsoorganisationen (2023). *Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic*. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

[\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) [Hämtat: 2023-06-14].

Xiang, Y-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Qinge, Z., Cheung, T. & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *the lancet. Psychiatry*, 7(3), pp. 228-229.

Xyrichis, A. & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), pp. 232-241.

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1 Intervjuguide

Intervjuguide

Inledning

Presentation av studiens syfte samt presentation av samtyckesblanketten.

Bakgrundsfrågor

1. Vad har du för yrkestitel?
2. Hur länge har du arbetat som (yrke)?
3. Har du någon annan yrkeserfarenhet inom hälso- och sjukvården?
4. Hur skulle du beskriva ditt arbete som (yrke)?

Det multiprofessionella teamet

5. Vad har du för erfarenhet av att arbeta i multiprofessionella team?
6. Hur skulle du beskriva ett multiprofessionellt team?
7. Vad är din upplevelse av att arbeta i multiprofessionella team?
8. Hur skulle du beskriva att samarbetet och kommunikationen i multiprofessionella team ser ut?
9. Vad blir din roll som (yrke) i det multiprofessionella teamet?

Det multiprofessionella teamet under förändring

10. Vill du försöka beskriva hur det var att arbeta i hälso- och sjukvården under covid-19-pandemin?
11. Hur skulle du beskriva att det multiprofessionella teamarbetet påverkades av covid-19-pandemin?
12. Hur upplever du att samarbetet och kommunikationen fungerade i teamet under pandemin?
13. Tillkom det några nya arbetsuppgifter som teamet behövde handskas med?
14. Kan du ge ett exempel på en specifik situation där ni arbetat teamcenterat under covid-19-pandemin i kontakt med patient eller anhörig?

15. Upplevde du att det fanns en samstämmighet i teamet kring hur arbetet skulle fördelas?
16. Har ni haft möjlighet till att reflektera tillsammans som grupp över ert arbete under dessa omständigheterna under eller efter pandemin?

Den professionsbundna upplevelsen i det multiprofessionella teamet

17. Vilken roll fick du som (yrke) i teamet under covid-19-pandemin?
18. Anser du att förutsättningarna för att bedriva ditt arbete som (yrke) ändrades under covid-19-pandemin mot hur det var innan?
19. Upplever du att det fanns förväntningar på dig som (yrke) i att du skulle göra arbetsuppgifter som du vanligtvis inte gör?
20. Hur blev det för dig att möta patienter som gav uttryck för krisreaktioner så som ångest/oro eller existentiella frågor?
21. Hur påverkades du av att arbeta under dessa förhållanden?

Konsekvenserna för det multiprofessionella teamet

22. Upplever du att det kommit nya lärdomar eller erfarenheter från covid-19-pandemin som påverkat hur arbetet i teamet arbetar idag?
23. Upplever du att du som (yrke), andra professioner eller ni som team fattades kunskap för att arbeta under dessa förutsättningar?
24. Anser du är det finns något som borde ändras i det multiprofessionella teamarbetet vid arbete under krissituationer?

Avslutande frågor

25. Är det något du vill tillägga eller förtydliggöra innan vi avslutar?

8.2 Bilaga 2 Informationsbrev

Hej! Jag heter Bella Venegas Montero och jag arbetar som kurator inom hälso- och sjukvården och läser mastersprogrammet i socialt arbete vid Lunds universitet. Jag skriver en masteruppsats där jag undersöker vilken inverkan covid-19-pandemin beskrivs haft för samarbetet och interaktionen i multiprofessionella team i hälso- och sjukvården. Jag vänder mig därför till dig som har erfarenhet av att arbeta som läkare, sjuksköterska eller kurator i ett multiprofessionellt team på avdelning som vårdat patienter som insjuknat i covid-19.

Om du samtycker till att delta i studien kommer en enskild intervju genomföras antingen på plats eller i digital form. Intervjun beräknas ta cirka 30–60 minuter och kommer att spelas in som ljudfil för att sedan transkriberas. Intervjuerna avidentifieras och ljudfilen och intervjumaterialet kommer förvaras på säker plats och sedan raderas efter att uppsatsen examinerats och färdigställt. Deltagande i studien bygger på frivillighet. Innan intervjun startar kommer du därmed bli tillfrågad både muntligt och skriftlig om ditt samtycke att delta. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Deltagandet kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att material från intervjun kommer avidentifieras och information som kan kopplas till dig eller din arbetsplats kommer att anonymiseras.

Efter att uppsatsen betygsatts kommer den finnas tillgänglig att hämta från Lunds universitets hemsida, alternativt kan jag skicka den till dig om så önskas. Uppsatsen kommer även att presenteras vid konferenser och eventuellt ligga till grund för en vetenskaplig artikel.

Om du är intresserad av att medverka eller har frågor, vänligen hör av dig till mig eller min handledare.

Vänliga hälsningar,

Kurator och mastersstudent

Bella Venegas Montero

Bella.venegas-montero@skane.se

Handledare Eva Johnsson, fil Dr
docent i socialt arbete

Eva Johnsson

Eva.johnsson@soch.lu.se

Socialhögskolan Lunds Universitet

8.3 Bilaga 3 Samtyckesblankett

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien om Multiprofessionellt teamarbete i hälso- och sjukvården under covid-19-pandemin.
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivits.
- Jag samtycker till att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande.
- Jag samtycker till att intervjun spelas in och transkriberas för analys.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande