

June Boström och Roberth Lundeberg

Socionomprogrammet med inriktning mot livsåskådning och etik, 210HP

Vetenskapsteori och Metod, Examensarbete, SEL 62, VT 10

Ersta Sköndal högskola, Institutionen för socialt arbete

Handledare: Gudrun Elvhage

Examinator: Anna Whitaker

**Tillsammans är inte alltid starkast**

**Palliativ vård är ingenting för primadonnor**

**Together is not always the strongest**

**Palliative care is not for prima donnas**

## Förord

*Vid denna resas slut kan vi pusta ut*

Denna tid har varit intensiv och fylld med utveckling och nya kunskaper. Uppsatsämnet har följt med oss sedan första terminen då vi bestämde att skriva tillsammans och nu är vi färdiga. Blickar vi bakåt ser vi en hektiskt lärorik tid och blickar vi framåt ser vi den väntade praktiken då vi äntligen får testa våra vingar samt den efterlängtrade socionomexamen.

Det finns många som har hjälpt oss med denna uppsats och som vi vill ta tillfället i akt att tacka. I synnerhet vill vi rikta ett hjärtligt stort tack till Gudrun Elvhage som har stöttat oss i medgång och motgång. Gudrun du har alltid ställt upp, aldrig sagt nej och du har under alla handledningstillfällen gett oss både ris och ros som har gjort att arbetet har utvecklats för varje vecka – TACK. Vi vill också framföra ett stort tack till vårteamet som bjöd in oss för att undersöka deras verksamhet. Vi har full förståelse för hur mycket arbete ni har att göra och vi är så oerhört tacksamma över att ni var villiga att ta er tid med oss. Våra förhoppningar med uppsatsen är att den kommer att användas som inspirationskälla till nya uppsatser. Vi är stolta och glada över att äntligen kunna presentera vår uppsats; Tillsammans är inte alltid starkast: Palliativ vård är ingenting för primadonnor

I nådens år Ersta Sköndal Maj 2010

Roberth Lundeberg och June Boström

## Sammanfattning

Vårt syfte med denna uppsats har varit att öka kunskapen om samverkan inom det tvärprofessionella vårdteamet i en palliativ vårdverksamhet betraktat utifrån de olika professionernas perspektiv samt att undersöka hur mycket de psykosociala aspekterna av patientens dagliga vård kommer i fokus. De psykosociala aspekterna av en patients välbefinnande är lika viktiga som det medicinska. Vi som socionomstudenter kommer möjligen själva att ingå i ett tvärprofessionellt palliativt vårdteam som kuratorer i framtiden och då hoppas vi att denna studie kan öka våra egna kunskaper gällande samverkan och det tvärprofessionella vårdteamets arbete.

De frågeställningar som vi har använt oss av för att svara på vårt syfte är hur professionerna bidrar till vårdteamet och hur de olika professionerna betraktar varandras roller. Vidare ville vi också undersöka hur de olika professionerna definierar samverkan, hur de olika professionerna ser på sina egna roller i vårdteamet samt hur mycket fokus som ges till de psykosociala aspekterna av patientens välbefinnande

För att få svar på dessa frågeställningar har vi intervjuat fem olika yrkesprofessioner som arbetar inom ett palliativt vårdteam i Storstockholmsområdet. Våra teoretiska utgångspunkter för uppsatsen inkluderar bland annat professionsteori, teori om arbetsgruppens psykologi och samverkansteorier.

De resultat som har framkommit under vår uppsats är att det finns en naturvetenskaplig dominans i vårdteamet som bidrar till att de psykosociala aspekterna av patientens välbefinnande hamnar i skymundan, att det är läkaren som innehar den dominerande professionen samt att det är viktigt för vårdteamets sammanhållning professionerna emellan att det finns väldefinierade yrkesroller. Vårdteamet betraktar egenskaper såsom kommunikation, lyhördhet för varandras professioner och respekt för varandra som viktigt för arbetet. Dessutom anser vårdteamet att individperspektivet betyder mycket när man ska företräda sin profession. Det framkom att vårdteamet saknar ett samverkansdokument och att detta kan påverka vårdteamets arbete. Utöver detta finns en konsensus i vårdteamet att viljan att göra det goda ska vara teamets kultur och vi har redogjort för hur det kan påverka professionerna.

Nyckelord: Samverkan, Palliativ vård, Psykosocial, Vårdteam, Profession, Samverkansdokument, Kommunikation, Yrkesroller, Individ, och Viljan.

# Innehållsförteckning

<b>FÖRORD</b> .....	<b>1</b>
<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>2</b>
<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	<b>3</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
BAKGRUND .....	5
PROBLEMFÖRMULERING .....	7
SYFTE .....	8
FRÅGESTÄLLNINGAR .....	8
<b>METODER OCH MATERIAL</b> .....	<b>9</b>
EN FENOMENOLOGISK ANSATS .....	9
KVALITATIV INRIKTNING .....	10
LITTERATURSÖKNING .....	10
URVAL OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP .....	11
AVGRÄNSNINGAR .....	12
INTERVJU PERSONER .....	12
BEARBETNING AV EMPIRI OCH ANALYS .....	13
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	13
VALIDITET OCH RELIABILITET .....	14
METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN .....	15
BEGREPPSDEFINITION .....	15
<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	<b>17</b>
KURATORNS ROLL I DEN MEDICINSKA MILJÖN .....	17
SAMVERKAN I VÅRDTEAMET .....	19
TYDLIGA ROLLER .....	19
VÄGEN TILL ETT FUNGERANDE VÅRDTEAM .....	20
<b>TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	<b>22</b>
NATURVETENSKAPEN OCH DEN MEDICINSKA BLICKEN .....	22
SAMVERKAN .....	22
ETT TVÄRPROFESSIONELLT TEAM .....	24
DET PSYKOSOCIALA .....	25
<b>RESULTATREDOVISNING</b> .....	<b>28</b>
<b>DET MEDICINSKA TAR ÖVER</b> .....	<b>28</b>
MEDICIN BARA MEDICIN .....	28
MEN VARFÖR DÅ? .....	29
<b>VEM STYR VEM?</b> .....	<b>31</b>
DET KÄNNES TRYGGT .....	32
VÅGA TALA UT .....	32
HUR VILL JAG BLI BEHANDLAD? .....	33

FUNGERAR DET ALLTID?.....	34
VEM STYR?.....	35
<b>DEN GODA VILJAN</b> .....	<b>35</b>
DEN GODA VILJAN OCH HUR DEN STYR DEN <i>ALLMÄNNÄNSKLIGA</i> PROFESSIONEN .....	36
<b>ANALYS</b> .....	<b>38</b>
KURATORN OCH DEN NATURVETENSKAPLIGA DOMINANSEN .....	38
HELHETSYN FÖR BÅDE PATIENT OCH ENHET .....	39
EN TRYGG YRKESROLL .....	40
DEN GODA VILJAN OCH LAGKÄNSLAN .....	41
SAMVERKAN.....	41
VÄGEN TILL ETT FUNGERANDE VÅRDTEAM .....	42
<b>SLUTSATSER</b> .....	<b>44</b>
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>51</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>53</b>
INTERVJUGUIDE.....	53
SAMTYCKESAVTAL .....	54

## **Inledning**

När en patient står inför ett besked om att behandling eller kirurgiska ingrepp inte längre fungerar för att råda bot på sjukdomen är det ett besked som bokstavligen är en dödsdom och patienten lever från denna stund nära döden. För en patient som befinner sig i livets slutskede är den medicinska behandlingen en självklarhet då den fokuserar på att göra patientens sista tid så smärtfri som möjligt. Dock finns det flera faktorer i patientens tillvaro och behandling som är viktiga. Dessa faktorer inbegriper patientens psykosociala och existentiella välbefinnande.

Det är svårt att föreställa sig den situation som en patient i livets slutskede befinner sig i och lika svårt är det att försöka spekulera om alla tankar och funderingar som patienten brottas med under sin sista tid. Erfarenhet av ett långt arbete med patienter som befinner sig i livets slutskede tillsammans med litteraturen som vi har tagit del av inför denna studie har hjälpt oss att få fram en bild av vad dessa funderingar kan innefatta. För att kunna förstå innebörden av ordet palliativ kan man förklara det som en sammanfattande term för den vård som ges till döende patienter när ingen bot längre är möjlig.

I livets slutskede finns det en mängd praktiska problem utöver de fysiska smärtor som patienten måste ta i tu med. Till exempel; att se till att ens nära och kära är informerade om viktiga saker rörande det ekonomiska läget, testamente, försäkringar, skuld och skam över att vara sjuk och döende, skuld över att man ska lämna dem man älskar och funderingar över sin existens och tro. Det är då viktigt för patienten att det finns olika yrkesprofessioner som kan hantera de olika aspekterna av patientens behov, det vill säga ett tvärprofessionellt vårdteam.

Vi har gemensamt arbetat tillsammans med alla delar i uppsatsen men vi har haft olika övergripande ansvarsområden. June har haft ansvaret för metoddelen såsom urval, undersökningsgrupp, bearbetning av empiri, litteratursökning, avgränsning, inledning och bakgrund. Roberth har haft ansvaret för avsnitten om fenomenologin, kvalitativ inriktning, etiska överväganden, validitet och reliabilitet. Begreppsdefinitioner har vi arbetat med tillsammans. Gemensamt har vi också genomfört intervjuer och analys, diskussion och slutsatser samt läst och sökt relevant litteratur och teorier.

## **Bakgrund**

Den moderna hospicerörelsen, som allmänt betraktas härstamma från grundandet av St. Christophers Hospice i London av Dr. Cicely Saunders, syftade till att förbättra vården för döende patienter och deras anhöriga. Dr. Saunders ansåg att det väsentligaste i att behandla

döende patienter var att vården skulle ske med ett holistiskt synsätt. Detta är ett synsätt som innefattar både det medicinska med dess analys och behandling av smärtan, det psykosociala som hjälper till med de praktiska aspekterna samt är vägledande genom samtal med patienten och de anhöriga som sörjer efter döden samt de existentiella funderingarna. Än en gång en helhetssyn som innefattar ett mångfacetterat vårdbehov. Dr. Saunders vårdfilosofi av en helhetssyn på vården av döende har numera expanderat utanför hospicevärlden och den har övertagits av den medicinska miljön, det vill säga sjukhusvården (Walter, 2005, s. 29).

Sedan år 2002 har palliativ vård erkänts som en viktig vårdfilosofi och år 2002 definierade Världshälsoorganisationen (WHO) palliativ vård som: *vård som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom* (www.nrpv.se).

De viktiga komponenterna för en lyckad palliativ vård enligt WHO är fokus på att lindra lidande, analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem. För att genomföra denna vård uttrycker WHO att det behövs organiserad vård i form av ett teambaserat stöd som ska vara till hjälp för patienten och familjen för att hantera sin situation under patientens sjukdom och efter dödsfallet. Det står klart och tydligt i WHO:s riktlinjer för palliativ vård att vården inte enbart ska lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt, socialt, andligt och existentiellt stöd för patient och närstående.

Ett teambaserat förhållningsätt såsom WHO definierar fordrar att det palliativa vårdteamet inrymmer ett tvärprofessionellt team bestående av olika yrkesprofessioner som innehar kunskap om patientens medicinska och fysiska välbefinnande, det vill säga läkare, sjuksköterskor, dietister med flera, samt yrkesprofessioner som har kunskap om patientens psykosociala välbefinnande, det vill säga sjukhuskuratorer och psykologer samt präster och andra.

Det är här vi kan skönja det möjliga dilemmat som vi finner intressant att undersöka. Är det möjligt med samverkan mellan dessa två olika vetenskapliga områdena, det vill säga det naturvetenskapliga och det psykosociala? Försvåras teamets samverkan ytterligare av den traditionella naturvetenskapliga miljöns hierarkiska ordning och fokus på att bota. Clark och Seymour fäster uppmärksamheten på att hospicerörelsens uppkomst betraktas vara en reaktion till den så kallade opersonliga, teknologiska och professionellt styrda vården och paradigmet är att den numera bedrivs i den miljö som den var skapat att reagera mot (refererad i Whitaker, 2009, s. 27).

För dessa döende patienter är det av största vikt att de får tillgång till de olika yrkesprofessionerna som kan bistå dem med den mångfacetterade vård de behöver och har rätt till. En av författarna till denna uppsats har arbetet många år inom palliativ vård och hennes erfarenheter väcker frågan om vårdteamets samverkan verkligen fungerar i praktiken.

För att samverkan ska fungera måste alla teammedlemmar respektera och värdera varandras roller och samarbeta mot samma mål, det vill säga vikten av att ha ett holistiskt synsätt. Vi ställer oss frågande till om detta sker?

Det som väckte vårt intresse är att vi som socionomstudenter anser att de psykosociala aspekterna av en patients välbefinnande ska ha lika mycket fokus som det medicinska. Vi kommer möjligen själva att ingå i ett tvärprofessionellt palliativt vårdteam som kuratorer i framtiden och då hoppas vi att denna uppsats kan öka våra egna kunskaper gällande samverkan om det tvärprofessionella teamet. Kunskap som kommer att göra oss bekväma i rollen som socionomer samt göra oss bättre rustade för att representera vår kår i den naturvetenskapliga miljön.

Utifrån det spänningsfält professionerna emellan som tidigare forskning visat och paradigmet att palliativ vård numera bedrivs inom den miljön den var skapad att reagera emot anser vi att det är viktigt att undersöka och belysa ett vårdteams samverkan yrkesprofessionerna emellan inom ett palliativt vårdteam.

## **Problemformulering**

Världshälsoorganisationen (WHO) och regeringen genom en av statens offentliga utredningar (SOU:2001:6) har formulerat målsättningar för hur palliativ vård ska bedrivas. De viktiga komponenterna enligt dessa är fokus på att lindra lidande, analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem. För att bäst kunna genomföra detta enligt WHO behövs det organiserad vård i form av ett teambaserat stöd som ska vara till hjälp för patienten och familjen för att hantera situationen under patientens sjukdom och efter dödsfallet.

Ett teambaserat förhållningsätt ställer krav på samverkan mellan det medicinska och det psykosociala yrkesprofessionerna, det vill säga läkare och sjuksköterskor som har kunskapen om patientens fysiska välmående samt sjukhuskuratorer och psykologer som har kunskapen om patientens psykosociala välmående.

Dr. Saunders hospicefilosofi har expanderat utanför hospicevärlden in i den mer traditionella medicinska miljön, det vill säga på sjukhus och sjukhem, och principerna för palliativ vård



bedrivs numera i den miljö som hospicefilosofin var skapad att reagera mot. Av tidigare forskning kan vi tolka att detta har skapat ett spänningsfält mellan de olika yrkesprofessionerna som är verksamma inom ett palliativt vårdteam, det vill säga det naturvetenskapliga och det psykosociala. Vi vill därför i denna uppsats undersöka hur de olika professionerna definierar och betraktar samverkan och hur de ser på och värderar varandras roller. Utöver detta vill vi också kunna undersöka hur mycket tid och plats den psykosociala aspekten av patientens vård får jämfört med de medicinska aspekterna i det dagliga arbetet.

## **Syfte**

Att öka kunskapen om samverkan inom det tvärprofessionella vårdteamet i en palliativ vårdenhet betraktat utifrån de olika professionernas perspektiv, samt att undersöka hur mycket de psykosociala aspekterna i patientens dagliga vård kommer i fokus.

## **Frågeställningar**

- Hur samverkar professionerna i det dagliga arbetet med patienter som är i ett palliativt skede?
- Hur bidrar de olika professionernas roller till samverkan?
- Hur betraktar de olika professionerna varandras roller?
- Hur definierar de olika professionerna samverkan?
- Hur ser de olika professionerna på sin egen roll i vårdteamet?
- Hur mycket fokus ges till de psykosociala aspekterna av patientens välbefinnande?

## Metoder och Material

### Fenomenologisk ansats

Utifrån den fenomenologiska beskrivningen av praxisfältet studerar man det specifika fenomenet som man skall undersöka, bland annat utifrån ett inifrånperspektiv. När det gäller inifrånperspektivet undersöker man hur personen eller personerna själva uppfattar fenomenet, det vill säga vad betyder det här konkret för de personer som är involverade. Genom att utgå ifrån fenomenologiska praxissituationer får man möjligheten att verkligen belysa och lyfta fram vad personerna själva upplever eller bidrar med till reflektion och nya erfarenheter (Thomassen, 2007, s. 193). Thomassen (2007) menar vidare att när forskningen tar sin utgångspunkt från praxis och dess specifika särart lyfts fram, kan man säga att ett fenomenologiskt tillvägagångssätt är att föredra (a. a. s. 193). Vår studies ansats är att den vill undersöka hur det verkligen fungerar i praktiken när det gäller samverkan mellan de olika yrkesprofessionerna inom palliativ vård. Följaktligen anser vi att ett fenomenologiskt förhållningssätt kommer att hjälpa oss förstå hur dessa yrkesprofessioner ser på varandras roller och hur de olika rollerna bidrar till vårdteamets arbete.

Starrin (1994) menar att den fenomenologiska metoden bland annat kan beskrivas utifrån ett begrepp såsom *Epoche* som betyder att man avstår ifrån att uttrycka negativa omdömen, eller att sätta något inom parantes. Det vill säga det syftar på ens egna fördomar och den förförståelse man har. Det Starrin belyser är viktigt att ha i åtanke, för vi har fått en förförståelse om det som rör palliativ vård genom erfarenhet och studier av tidigare forskning där litteraturen tar upp en problematik där det naturvetenskapliga paradigmet möter det psykosociala. Ofrånkomligen är det omöjligt att undgå att ens egna fördomar och förförståelse ibland styr ens sätt att tänka och agera. Men kärnan i begreppet *Epoche* innebär att man så långt som det överhuvudtaget är möjligt är medveten om sina egna brister och förutsättningar så att det inte skall påverka en negativt i studien av det specifika fenomen man vill undersöka. Att använda begreppet i sin forskning är en förutsättning för att man skall kunna genomföra en opartisk och noggrann forskning om fenomenet som man vill studera (Starrin, 1994, s. 60-61).

Karlsson (1995) beskriver också fenomenologin som att man utifrån ett fenomenologiskt perspektiv ska fokusera på livsvärden och samtidigt ha ett kritiskt förhållningssätt. Detta för att kunna beskriva dess struktur och karaktär (Karlsson, 1995, s. 43 ). Användandet av ett fenomenologiskt tillvägagångssätt menar Thomassen (2007) kräver att vår förförståelse, våra attityder och värderingar och sätt att tänka måste hållas tillbaka för att överhuvudtaget kunna

undersöka det fenomen såsom det gestaltas för oss (Thomassen, 2007, s. 92). Detta gäller i synnerhet då man har utspridda intervjuer över flera veckor. För att behålla ett opartiskt förhållningssätt är det viktigt att man inte börjar analysera resultat i intervjuerna innan alla intervjuer är avklarade.

### **Kvalitativ inriktning**

Vi utgår ifrån en kvalitativ induktiv metod i vår undersökning där vi bland annat har använt oss av semistrukturerade intervjuer. Vi har valt en kvalitativ inriktning som tillvägagångssätt som Starrin (1994) beskriver så träffande då han säger följande:

Alla empiriska fenomen är kvalitativa, det vill säga har någon form av beskaffenhet – någon egenskap, oavsett om vi har någon kunskap om detta eller ej. Att undersöka beskaffenheten hos ett fenomen bör därför, som jag ser det, vara fokus för den kvalitativa analysen (Starrin, 1994, s. 21).

Starrin (1994) förtydligar att när man använder en kvalitativ analys så lyfts inte bara induktion fram som analysverktyg utan även abduktion. Dessa kännetecknas av en fortlöpande pågående kunskapsutveckling som gör att ett helhetsperspektiv växer fram och man får en ny förståelse och kunskap om ett specifikt fenomen (a. a. s. 26). Repstad (2007) menar att kvalitativa studiers syfte rör mestadels undersökningar som behandlar specifika miljöer och där man försöker åskådliggöra olika processer som sker (Repstad, 2007, s. 23).

### **Litteratursökning**

Vi har funnit mycket relevant tidigare forskning som har hjälpt oss i vårt arbete med denna uppsats. I synnerhet har vi läst två uppsatser som har stärkt våra antaganden att det finns problem för sjukhuskuratorerna att hitta sin roll i det naturvetenskapliga fältet. Dessa två uppsatser väckte vårt intresse för ämnet och vi har under arbetets gång kunnat använda dem som hjälp och vägledning.

Utöver dessa två uppsatser har vi läst både engelsk och svensk litteratur av författare som ha berört ämnen såsom palliativ vård, multidisciplinära vårdteam, åldrande, död och den goda döden. Vi har i vår sökning efter relevant litteratur använt oss av olika sökmotorer så som Google, Libris webbsök samt artikeldatabaser som CinHal, SocIndex, EbscoHost och Academic Search Elite. I vår sökning använde vi oss av både svenska och engelska ord såsom Palliativ care and teamwork\*, Dilemmas in palliative care\*, Multidisciplinary teams in

palliative care\*, Evidence based teamwork in palliative care\*, Tvärprofessionellt team\*, vårdteam inom palliativ vård\*, och kurator inom palliativ vård.\*

## **Urval och undersökningsgrupp**

WHO framhåller att det krävs organiserad vård i form av ett teambaserat stöd i arbete med döende patienter och givetvis innebär denna vårdform att det ställs höga krav på vårdteamets samverkan. För att kunna undersöka ett vårdteam och dess samverkan har vi valt att undersöka en palliativ vårdverksamhet i en svensk storstad. Valet av denna specifika vårdverksamhet gjordes på grund av att de yrkesprofessioner som är verksamma i vårdteamet arbetar nära varandra på samma avdelning och har på så sätt daglig kontakt. Eftersom det är professionerna vi ska undersöka anser vi inte att det är av relevans att inkludera deras bakgrund i vår uppsats, det vill säga ålder och examensår. Det fanns både män och kvinnor i vårdteamet och alla hade arbetat olika länge och med olika grader av erfarenhet.

I vår undersökning vill vi fokusera på samverkan inom ett palliativt vårdteam och har inte som avsikt att göra en komparativ studie mellan flera olika vårdteam. Semistrukturerade intervjuer med de olika professionerna kommer att ge oss en möjlighet att undersöka det spänningsfält som vi bedömer kan finnas dessa professioner emellan. Vi förstår dock att det kan ses som en begränsning att vi enbart intervjuar ett vårdteam från en enda vårdenhet, eftersom detta innebär att vi inte har kunnat fånga eventuella variationer i svaren som möjligtvis hade kommit fram om vi hade intervjuat flera olika palliativa vårdteam. Dock anser vi att variationen skulle vara minimal eftersom alla palliativa vårdteam utgår ifrån samma riktlinjer utgiven av WHO och regeringen samt att det är samverkan professionerna emellan, i samma vårdteam som vi vill belysa. Anledning till att vi inte observerade ett stort teammöte för att fånga interaktioner och kommunikationer i mötesform dessa professioner emellan är av sekretess skäl. Enheten ansåg det olämpligt och etiskt inkorrekt att fråga dessa svårt sjuka patienter om deras godkännande.

Vi har valt att inte inkludera några hospice eller stora sjukhus i vår undersökning eftersom vårdteamet inom både dessa organisationer innefattar mestadels enbart medicinska yrkesprofessioner.

Vår läsning av litteraturen har visat att det finns många ord som förklarar samarbetet och samspelet mellan olika professioner som arbetar tillsammans i ett team. Vi har efter sökning i Svenska Akademiens ordbok bestämt oss för att använda ordet samverkan eftersom vi anser

att det bäst motsvarar det vi vill undersöka i det palliativa vårdteamet nämligen samarbetet och samspelet professionerna emellan.

## **Avgränsningar**

Vi har avgränsat oss i vårt arbete på flera plan. Vi har använt oss av en vårdverksamhet då vi ansåg att avsaknaden av variation inte skulle begränsa vårt arbete. Vi har inte inkluderat hospice eller stora sjukhus i vår undersökning eftersom vårdteamet inom denna rörelse inte motsvarar det vi vill undersöka. Vi har i vår uppsats fått avgränsa oss till de yrkesprofessionerna som är verksamma i enheten och eftersom enheten bestod av fem yrkesprofessioner blev det naturligtvis så att vi fick begränsa oss till att genomföra fem intervjuer.

I uppsatsen har vi inte inkluderat det existentiella perspektivet av patientens välbefinnande eftersom prästen inte finns som en yrkesprofession inom enheten. Dock när det framkommit relevant empiri angående det existentiella perspektivet har vi inkluderat detta i vår diskussion.

## **Intervjupersoner**

Vi har genomfört intervjuer av enhetens tvärprofessionella palliativa team som består av fem yrkesverksamma professioner såsom läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, undersköterska och kurator. Intervjuerna hölls på enheten med de olika professionerna och genomfördes under en tvåveckorsperiod och intervjuerna tog mellan 30-40 minuter att genomföra. Vår semistrukturerade intervjuguide lät vi våra intervjupersoner ta del av i förväg. Fördelarna med detta tillvägagångssätt är att den skapar rum för eftertanke vilket möjliggör för väl genomarbetade svar på våra frågor. För att få en ökad förståelse och inblick i enhetens rutiner och hur arbetet bedrivs, intervjuade vi också en person som var väl insatt i frågor som rör enhetens rutiner och struktur. Denne beskrev att deras arbetsmetoder inte utgår ifrån att ett läkarlag går ronder. Istället arbetar de utifrån primärsjuksköterskemodellen som innebär att sjuksköterskan har ett helhetsansvar och intar en central roll.

När det gäller verksamhetens rutiner så träffas det tvärprofessionella teamet en gång i veckan, och då är alla professionerna närvarande. Varje dag *speglar* vårdteamet och spegling innebär att de går igenom vad de gjorde som var positivt under dagen, men också det som var mindre bra, och vad teamet eventuellt kan ändra eller bli bättre på. Sjukhuskurator och läkare är med i gemensamma frukostar och fikastunder på eftermiddagarna. Det är viktigt för sammanhållningen och en bra stunds samvaro för teamet. Återkommande dagliga rutiner är

att efter nattpersonalens rapport har dagpersonalen en så kallad *sittning* som innebär att man planerar dagens verksamhet.

### **Bearbetning av empiri och analys**

När vi genomförde intervjuerna med våra intervjupersoner bandade vi samtalen. Senare transkriberade vi materialet noggrant. För att kunna bättre återge de relevanta delarna av våra intervjuer har vi i transkriberingen utelämnat suckar och pauser i samtalet eftersom vi anser att deras innebörd inte har någon relevans för tolkningen av materialet. Dock har vi strävat efter att återge ett helhetsintryck samt likheter och distinktioner i intervjupersonernas svar för att kunna ge en djupare analys av materialet (Repstad, 2007, s.140). Intervjuerna har sedan meningskoncentrerats, det vill säga att vi har delat in analysen av intervjuerna i olika steg. Först läste vi igenom hela intervjun för att skapa oss ett helhetsintryck, sedan sorterades meningarna utifrån innehåll som påvisade likheter och skillnader. Nästa steg innebar att vi formulerade olika teman runt dessa likheter och skillnader för att kunna sedan ställa dem mot vårt syfte (Kvale, 1997, s. 177). Vi ansåg att ett meningskoncentrerat material gav arbetet en klarare struktur och tydlighet som vi kunde bära vidare till analysdelen av uppsatsen. Med tematisering menas att vi sammanställde svaren och informationen från våra intervjupersoner som hade relevans för vår undersökning i rubrikform. Temabaserade återgivelser av intervjumaterialet underlättar vid besvarandet av frågeställningar (Repstad, 2007, s. 148).

Citaten i resultatdelen har vi redigerat försiktigt för att den ska presenteras för läsaren i en mer grammatiskt korrekt form (Kvale, 1997, s. 172-175). När vi uteslutit vissa ord i mitten av ett citat på grund av att de inte var relevanta har vi markerat detta med (...).

Intervjupersonerna har fått bokstavsbeteckningar för att skydda deras anonymitet och alla intervjupersoner är representerade i vår resultatredovisning.

### **Etiska överväganden**

Att arbeta med en uppsats som handlar om palliativ vård är etiskt känsligt. Vi hade velat intervjua patienter inom den palliativa vården för att få möjlighet att ställa specifika frågor rörande de psykosociala aspekterna av behandlingen. Men i samråd med enheten bestämdes att det inte var etiskt försvarbart att belasta dessa svårt sjuka. Under genomförandet av intervjuerna upplevde vi att intervjupersonerna hade svårt att öppna sig och delge sina åsikter om verksamheten och varandras professioner.

I våra etiska överväganden har vi tagit i beaktning Vetenskapsrådets forskningsetiska principer samt beaktat individskyddskravets fyra huvudsakliga riktlinjer i vår undersökning. I initialfasen av uppsatsen när vi hade presenterat vårt syfte med undersökningen önskade enheten att vi skulle skriva en projektplan på arbetet. I och med detta har samtyckeskravet tillmötesgått (Vetenskapsrådet 2002 s, 9). Således har vi också i enlighet med informationskravet informerat de aktuella intervjupersonerna i samband med intervjuerna att deras deltagande är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan (a. a. s. 7). Intervjuerna som kommer att ligga till grund för vår empiri kommer enbart enligt nyttjandekravet att användas för vår C-uppsats (a. a. s. 14).

För att tillmötesgå konfidentialitetskravet har vi försäkrat undersökningsgruppen att alla personuppgifter i uppsatsen aidentifierats samt att intervjumaterialet har handskats på ett säkert sätt så att utomstående inte har tillgång till materialet (a. a. s. 12) ([www.codex.vr.se/](http://www.codex.vr.se/)).

### **Validitet och Reliabilitet**

Inom kvantitativa metoder fokuserar man på hur pass representativ informationen är som man har, om man verkligen har lyckas mäta det man har tänkt mäta och om det kan betraktas som pålitligt. Inom kvalitativ forskning anses den aspekten inte ha lika stor betydelse.

I kvalitativa studier har man på ett helt annat sätt jämfört med kvantitativa studier, en större närhet till det man undersöker. Detta medför att med kvalitativa empiriska undersökningar har man en mycket större frihet att utforma sin undersökning, men det ställer också högre krav på forskaren. Exempelvis kan det vara svårt för forskaren att veta vilken information som kan betraktas vara gångbar för undersökningen (Holme & Solvang, 1997, s. 94).

För att försäkra oss om en hög *validitet* för vår undersökning har vi använt oss av semistrukturerade intervjuer och en utförlig intervjuguide (bilaga) med strukturerade frågor. Intervjuguidens frågor håller sig till det ämne som vi vill undersöka nämligen samverkan när det gäller teamarbetet inom palliativ vård. I samband med att vi genomförde våra semistrukturerade intervjuer bandade vi samtalen för att försäkra oss om en hög *reliabilitet*. I och med det kan vi gå tillbaka för att senare se om den information som vi har erhållit och uppfattat är korrekt (Davidson & Patel, 2003, s. 98-101). Davidson & Patel (2003) menar vidare att: ”*Givetvis har de olika tolkningar som formuleras central betydelse för validiteten; tillför de verkligen kunskap om det studerade*” (a. a. s. 103).

## **Metodologiska överväganden**

Starrin (1994) nämner begreppet *Epoche* som innebär att man så långt som det överhuvudtaget är möjligt är medveten om sina egna brister och förutsättningar så att det inte skall påverka en negativt i studien av det specifika fenomen man vill undersöka (Starrin, 1994, s. 60-61). En av författarna till uppsatsen har haft svårt med sina tidigare erfarenheter av arbete inom och har inför varje intervju fått mentalt påminna sig om att inte låta sin egen förförståelse styra. Det har också varit frestande att under transkriberingens process att redan då påbörja analysera av det empiriska intervjumaterialet. Ett fenomenologiskt förhållningssätt till det vi vill undersöka har möjliggjort för oss att hålla tillbaka vår förförståelse. Samtidigt har det bidragit till att vi har kunnat vara öppna för att helt förutsättningslöst kunna bidra med ny kunskap om det vi har undersökt.

## **Begreppsdefinition**

### **Psykosocialt**

Synsätt där individens upplevelse och handlande och omgivande sociala förhållanden uppfattas som nära knutna till varandra (Nationalencyklopedin hämtat 24/3-2010).

### **Tvärprofessionellt team**

Består av läkare, sjuksköterskor, psykologer och sjukhuskuratorer.

### **Palliativ vård**

Syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom (WHO).

### **Samverkan**

När en person eller en sammanslutning av personer arbetar/utövar en verksamhet tillsammans för att uppnå ett gemensamt eftersträvat mål. Inom ramen för samverkan sker samarbete (Svenska Akademiens ordbok) .

### **Sjukhuskurator**

I vår uppsats använder vi begreppet sjukhuskurator som en professionstitel på personer som är utbildade socionomer och som arbetar som kuratorer inom sjukvården.



## Vårdteam

De yrkeskategorier som samarbetar på en sjukhusavdelning eller mottagning. I vårdteam ingår exempelvis läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast, undersköterska, kurator.

## Tidigare forskning

I tidigare forskning har vi kunnat utläsa att det finns åtskilliga problem som ett vårdteam måste hantera. Dels att vissa professioner inte känner att de får den status eller tid och plats som de anser sig värda, dels att det finns hinder då de olika professionerna ska kunna arbeta sida vid sida med en helhetssyn för patienten.

I den tidigare forskningen som vi har använt oss av framhävs kuratorernas roll och position inom den medicinska miljön. Vi anser att det är relevant att använda denna tidigare forskning även fast den inte motsvarar vårt syfte. Vi har inte för avsikt att framhäva sjukhuskuratorernas roll inom vårdteamet men vi anser att forskningen som betonar sjukhuskuratorernas roll och position i vårdteamet belyser svårigheterna de psykosociala professionerna möter när de ska arbeta i en medicinsk dominerad miljö. Detta kan hjälpa oss att svara på vårt syfte att öka kunskapen om samverkan inom det tvärprofessionella vårdteamet betraktat utifrån de olika professionernas perspektiv. Samtidigt kan denna tidigare forskning ge oss en viktig grund för att kunna analysera intervju svaren rörande hur mycket de psykosociala aspekterna i patientens dagliga vård kommer i fokus eftersom det är denna profession som ansvarar och utför patientens psykosociala behandling.

### Kurators roll i den medicinska miljön

I uppsatsen *Du är inte psykolog, du är inte terapeut, vad är du då: Sjukhuskuratorers syn på den egna professionen* har vi kunnat ta del av Siv Olsson och Ulla Byströms artiklar som förklarar de svårigheter som möter sjukhuskuratorerna som fanbärare för patientens psykosociala välbefinnande. Att sjukhuskuratorer har en svårdefinierad position i dagens sjukvård kan vi utläsa utifrån det Siv Olsson (1999) framhåller, sjukhuskuratorer har historiskt sett genomgått många förändringar och att den numera har hamnat i skymundan jämfört med andra professioner inom sjukvården.

Olsson (1999) förklarar att sjukhuskuratorer i dagens vårdteam har gått ifrån en stark social position placerad under läkaren till att numera placeras tillsammans med andra professioner såsom sjukgymnaster och arbetsterapeuter (Olsson, 1999, s. 6, s. 187-189). I det medicinska vårdarbetet kring patienten är ofta gränsdragningarna mellan olika arbetsuppgifter otydliga.

Byström (1995) skriver att sjukhuskuratorernas avsaknad av både en naturvetenskaplig bakgrund och den medicinska kunskapen gör att den tilltänkta team samverkan uteblir, det vill säga att sjukhuskuratorn inte blir en naturlig del av det löpande arbetet. Författaren redogör också för hur patientens psykosociala behov har hamnat i skymundan till förmån för deras

fysiska behov (Byström, 1985, s. 25- 26). Detta är en stor brist i synnerhet vid vård av döende patienter som har ett stort behov av psykosocial vägledning. Rintala (1986) illustrerar det som Byström och Olsson påvisar då författaren i sin studie visar en väsentlig procentuell skillnad gällande fokus på det psykosociala och det medicinska i läkarens ronder. Författaren visar att patientens hälsa upptar 67 % av ronddiskussionen medan den motsvarande siffran för det psykosociala är 14 % (Rintala, 1986, s. 118-122). En sådan procentfördelning, riskerar enligt Atwal och Caldwell (2005) att försämra den psykosociala vården för patienten. Vi är medvetna om att Rintalas studie, aktuellt år 1986, kanske inte motsvarar bilden av dagens uppdelning mellan den psykosociala och det naturvetenskapliga inom vårdteamen. Det finns dock ingen forskning som motsvarar Rintalas studie i dagsläget och därför har vi valt att ta med den för att kunna påvisa skillnaderna mellan det psykosociala och det medicinska gällande patientens hälsa.

Atwal och Caldwell (2005) påvisar att då sjukhuskuratorer inte känner sig som en naturlig del av arbetet kan det leda till att de anpassar sig till den kringgärdande naturvetenskapliga dominansen och den medicinska fokusen på patienten. Vidare beskriver Atwal och Caldwell (2005) i sin forskning om samverkan mellan den naturvetenskapliga och det psykosociala områdena att sjukhuskuratorer dessutom hade svårt att framföra sina åsikter i de tvärprofessionella teammötena (Atwal & Caldwell, 2005, s. 268-273).

Denna osäkerhet gällande sjukhuskuratorns roll skickar ut signaler att deras profession inte värderas lika högt som andra och detta kan leda till att de kan nedvärderas av andra starkare högre positionerade professioner, någonting som Francis Reynolds (1999) belyser. Vidare beskriver han att det ofta förekom professionell avundsjuka professionerna emellan (Reynolds 1999, s. 367-379).

Ännu ett exempel på de rådande spänningsfält dessa professioner emellan beskriver Cheryl Cott (1998) då hon påvisar att kuratorer talade om splittringar inom vårdteam. Dessa splittringar ledde till att det bildades subgrupper inom vårdteamet; en grupp bestående av psykologer och kuratorer (psykosocial) och en grupp bestående av läkare och sjuksköterskor (naturvetenskaplig), ännu ett exempel på att samverkan kan vara svår att uppnå (Cott, 1998, s. 848-873).

Sjukhuskuratorer ingår i ett palliativt vårdteam och vi har kunnat utläsa att sjukhuskuratorer inte alltid upplever att teamarbetet fungerar bra. Enligt Tony Walter (2005) är ett vårdteam bestående av olika professioner en nödvändighet om palliativ vård ska kunna möta varje enskild patient som en individ och endast ett fåtal läkare är så mångfacetterade att

de klarar av att axla denna svåra uppgift själva. Walter (2005) beskriver att teamarbetet kan vara ett dilemma för socialarbetare och präster då dessa båda yrken har svårt att hitta en tydlig identitet i en sjukvårdsmiljö då de av tradition innehar en lägre status än de medicinska professionerna, någonting som också Siv Olsson påtalade i sin avhandling (Olsson, 1999, s. 6, s. 187-189).

### Samverkan i vårdteamet

Om gruppmedlemmarna inte är säkra på sina egna värden eller har en klar bild av sina specifika områden i teamet finns det ett stort utrymme för konflikt och en känsla av tävling, det vill säga att alla olika professionerna känner att *det här är min patient* (Walter, 2005, s. 90-91). Peter Speck (2006) rekommenderar att istället för att dela upp vårdteamet i två olika områden, det vill säga det medicinska och det psykosociala, kan det vara bra att tänka i termer av att olika tillfällen av patientens vård kräver omsorg från olika professioner (Speck, 2006, s. 1,18).

Speck (2006) diskuterar vikten av ett lagarbete då vårdteamets samverkan till viss del beror på människornas gemensamma värderingar. Dessa värderingar stärker teamets arbetssätt och minskar risken för konflikter. Värderingar kan omfatta följande: vikten av att arbeta tillsammans för att uppnå målet, yrkesmässig och personlig respekt, öppen och ärlig kommunikation och en öppen tillgång till information. Detta kan enbart uppnås enligt Speck (2006) om det finns en väldefinierad och klar primär uppgift som ägs av varje medlem i teamet och att individerna i teamet måste arbeta mot detta mål tillsammans (a. a. s. 4).

Kommunikationen är av vikt för ett bra tvärprofessionellt arbete där var och en av de professioner som är verksam i teamet är medvetna om sin roll och sin uppgift. Inom varje team bör medlemmarna undersöka och förstå varandras roller. En förståelse för det värde varje teammedlem bidrar med kan motverka stora spänningar inom teamet (Speck, 2006, s. 10, 16). Ett allvarligt hot mot vårdteamet är konflikter runt ledarskap. I den traditionella sjukhusmiljön har det alltid varit läkaren som har haft den ledande rollen men Speck (2006) hävdar att ledarskap bör inte vara ett uttryck för hierarki. Rollen som ledare i ett tvärprofessionellt vårdteam bör vara flexibel och beroende av patientens unika situation (a. a. 2006, s. 27, 65).

## Tydliga roller

Tydligheten i rollerna nämner Jünger et al (2007) då det poängterats att graden av tillit i en grupp hänger nära samman med tydligheten i rollerna. En tydlig rollidentitet bidrar till en arbetstillfredsställelse och teamengagemang. I linje med att förebygga rollfaktorer så har självständighet i fråga om beslut, resurser och yrkesroll visat sig vara en viktig variabel när det gäller arbetstillfredsställelse och förebyggande av utbrändhet. Något som i synnerhet är viktigt för de professioner som arbetar dagligen med döden som sin följeslagare. Jünger et al (2007) betonar dessutom lagarbete samt vikten av en utvecklingsprocess i vårdteamet som viktigt då enbart viljan att vara ett bra lag inte innebär att laget kommer att bli en effektiv arbetsgrupp. Han beskriver teamets utveckling som en cyklisk process med återkommande faser (Jünger et al 2007, s. 348).

## Vägen till ett fungerande vårdteam

Tuckmann och Jensen (1977) beskriver olika etapper en grupp måste gå igenom innan den når en fungerande nivå. Vi är medvetna om att denna teori är gammal men vi anser att den fortfarande är relevant för att förklara hur det kan finnas en risk för att det palliativa vårdteamet kan fastna i olika etapper. Tuckmann och Jensen (1977) skiljer mellan fyra etapper. *Formningsstadiet*: etapp under vilken medlemmarna saknar en gemensam vision av, eller enighet om, uppdraget och får ofta söka riktning från en dominerande medlem, ofta en läkare. *Stormningsstadiet*: där gruppmedlemmarna har olika åsikter om hur gruppen skall fungera. *Normaliseringsstadiet*: under vilken medlemmarna förhandlar fram en uppsättning normer och en gruppmission som blir grunden för gruppens kultur. *Den presterande etappen*: etappen då ledarskap varierar från möte till möte, där rollerna bygger på kompetens, och där det finns en öppen diskussion och enighet mellan medlemmar som innehar en stark känsla av solidaritet.

Det som blir tydligt när man granskar dessa olika stadier är att en gemensam lagkultur och gemensam vision verkar vara av vikt för att åstadkomma ett effektivt lagarbete. Delaktighet och därmed effektiviteten kan dock hindras av komplicerade maktförhållanden, en hierarkisk struktur eller en grupp som har stannat i sitt första skede (Tuckmann & Jensen, 1977, s. 563).

Vi har i detta avsnitt om tidigare forskning försökt påvisa att det finns flera grunder för ett spänningsfält mellan yrkesprofessionerna i ett palliativt vårdteam. Vi anser därför att den tidigare forskningen vi har valt har hög relevans för vårt syfte, det vill säga att öka kunskapen om samverkan inom det tvärprofessionella vårdteamet i en palliativ vårdverksamhet betraktat

utifrån de olika professionernas perspektiv samt att undersöka hur mycket de psykosociala aspekterna i patientens dagliga vård kommer i fokus. Det finns flera viktiga egenskaper som dessa författare har omtalat som funnits vara viktiga för våra intervjupersoner. Dessa egenskaper är en öppen och ärlig kommunikation professionerna emellan, respekt för varandras roller samt viljan att samarbeta tillsammans med andra professioner mot samma mål.

## **Teoretiska utgångspunkter**

I våra teoretiska utgångspunkter har vi haft en önskan att kunna vägleda läsaren genom teorier som är relevanta för vår undersökning. Att öka kunskapen om samverkan inom det tvärprofessionella vårdteamet i en palliativ vårdverksamhet betraktat utifrån de olika professionernas perspektiv samt att undersöka hur mycket de psykosociala aspekterna i patientens dagliga vård kommer i fokus.

### **Naturvetenskapen och den medicinska blicken**

Naturvetenskapen påverkar vårt samhälle och våra liv på ett djupt och omedvetet plan och den bildar en viktig komponent i den globala kulturen. Under 1800-talet fick läkarkåren en nästintill mytologisk status då de med sina dolda kunskaper botade sjukdomar och lurade döden. Foucault (1977) beskriver läkaren som den vetenskapliga experten som vinner kriget mot sjukdomen genom att undersöka den dödes kropp. Den blick som läkare använde för att se igenom den underliggande verkligheten av sjukdom kallades den medicinska blicken, det vill säga att läkaren med vetenskapens makt har möjlighet att se den dolda sanningen.

Vårt västerländska samhälle värderar vetenskapens kunskap och expertis och som högt utbildad medicinsk läkare hör du till några av de mest uppskattade ställningar av auktoritet i samhället. Med hög status kommer en maktposition, läkaren har makt över våra kroppar och makt är ett väsentligt inslag i läkarens samhällsliga status. En status som uttrycks genom hierarkier och bestäms genom diskurser. Diskurser som de högt utbildade läkarna råder över.

Läkarens hierarkiska ställning kan förklaras vidare av Bourdieu (2004) genom symbol - kapitalens betydelse. Ett högt symboliskt och kulturellt kapital gör det lättare för läkaren att inneha positioner av betydelse inom sitt område och därigenom också makten inom områden för att skapa nya värderingar och normer samt att bestämma vem som får tillträde till de medicinska områdena (Bourdieu, 2004, s. 56).

### **Samverkan**

Ett palliativt vårdteam är uppbyggt av olika professioner för att kunna ge patienten en helhetsvård och för att dessa olika professioner ska kunna arbeta tillsammans är det viktigt med samverkan. Samverkan har blivit ett nyckelbegrepp i vårt nutida samhälle och samverkan råder i lagar och förordningar såsom Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso och sjukvårdslagen (HSL). Departement och skilda myndigheter tillkännager att samarbete ska ses som något

eftersträvansvärt. Samarbete mellan professioner och organisationer ses också som en förutsättning för att skapa den eftersträvansvärda helhetssynen (Hjortsjö, 2006, s. 9-11).

Dock är ordet samverkan i allmänhet dåligt definierat i dagens samhälle. I Socialutredningens huvudbetänkande från 1974 (SOU 1974:39–40) diskuterades behovet av samverkan mellan socialvård och sjukvård. I betänkandet beskrevs tre olika resurser och den som är aktuell för socialvård och sjukvård är parallella resurser. Parallella resurser innebär att medicinska resurser byggs in i socialvårdsorganisationen och sociala resurser i sjukvårdsorganisationen. Sjukhuskurator är ett exempel på detta. Värt att tillägga är att ordet samverkan och samarbete har olika innebörd. Hjortsjö (2005) beskriver orden samarbete och samverkan som synonymt med varandra men att samarbete och samverkan kan förklaras olika. Samarbete definieras i Svenska Akademiens ordbok (2005) som: *arbeta tillsammans eller att anstränga sig gemensamt* (a. a. s. 9-11). Samverkan har enligt samma ordbok ett vidare begrepp: *när en person eller en sammanslutning av personer arbetar/utövar en verksamhet tillsammans för att uppnå ett gemensamt eftersträvat mål. Inom ramen för samverkan sker samarbete* (Svenska Akademiens ordbok, 2005).

Hjortsjö (2005) har använt sig av Berggrens modell (1982) för att definiera samarbete och samverkan. Berggren avgränsar olika grader av interaktion mellan verksamheter och professioner. *Koordination eller samordning*: olika verksamheter adderas till varandra för att uppnå ett resultat. *Kollaboration eller samverkan*: samverkan sker under vissa former kring speciella frågor, det vill säga att varje enhet har sitt eget ansvar men att ett nära samarbete uppkommer runt gemensamma patienter. *Integration eller sammansmältning*: flera verksamheter slås samman och arbetsuppgifterna ifrån de olika verksamheterna blir gemensamma (Hjortsjö, 2005, s. 13).

Arbetsuppgifterna vid integration eller sammansmältning blir inte yrkesspecifika. I praktiken kan detta innebära att sjukvårdspersonal och socionomer ansvarar för samma arbetsuppgifter. Berggrens modell enligt Hjortsjö (2005) är tydlig med att en viss form av interaktion krävs för att det skall kunna betecknas som samverkan och att kommunikation blir ett centralt begrepp (a. a. s.13-14).

Lindberg (2009) resonerar kring hur viktigt det är, på vilket sätt samverkan sker, vad det är som skapar motivation för samverkan och i slutändan vad det är för resultat man vill uppnå. Antingen har man föreställningen när man vill samverka att man tillsammans har en gemensam bild av hur saker och ting skall vara. Eller man kanske väljer att samverka för att lösa en konfliktsituation. Men det som är viktigt i sammanhanget för att samverkan skall



fungera är att det från början måste finnas en gemensam ömsesidig överenskommelse för hur man planerar och genomför samverkan samt också vad som är anledningen till att man skall samverka.

En förutsättning för att lyckas med samverkan är att man ska respektera andras värderingar, åsikter och sakkunskaper då detta bidrar till att skapa förtroendefulla relationer. Saker som däremot kan försvåra samverkan är att man går in med olika motiv och avsikter i andras områden (Lindberg, 2009, s. 56-60).

### Ett tvärprofessionellt team

Ett tvärprofessionellt team består inte bara av olika professioner, det består också av olika individer som ska företräda dessa yrkesprofessioner. Axelsson och Thylefors (2005) illustrerar att olika formella roller liksom skillnader i status och makt mellan gruppmedlemmar komplicerar kommunikationen. De som är längst ner i hierarkin drar sig från att yttra sig, det blir en form av yttrandefrihets kränkning (Axelsson & Thylefors, 2005, s. 139-141).

Svedberg (2003) lyfter också fram en annan aspekt av gruppen såsom den informella rollen, den förstärks både från ett inifrån och utifrån perspektiv som tar sig uttryck i individens delaktighet i rollprocessen och genom gruppen som helhet som präglas av värderingar, attityder, och ställda förväntningar. Författaren poängterar att denna syn på rollen kan ses som ett gränsöverskridande mellan det personliga och det kollektiva.

Rollerna kan betecknas som en form av mellanväg, en slags anpassning till andra individer. Detta resulterar i att det skapar mening och trygghet i gruppen (Svedberg, 2003, s. 157-158). Författaren poängterar att alla människor har olika erfarenheter av hur det är att arbeta i grupp. För en del är det svårt att kunna anpassa sig till gruppen utifrån den förväntade roll som man har. Exempelvis har gruppens påverkan på den enskilda individens personliga karaktär stor betydelse.

Svedberg (2003) åskådliggör detta genom att belysa det utifrån två aspekter av *jag-svaghet*. Vissa individer tenderar att anpassa sig till gruppens åsikter och värderingar för att undvika att hamna i konflikter. Alternativt väljer individen att inte vara mottaglig för andras idéer och uppfattningar som går emot det man själv tycker är rätt och riktigt (a. a. s. 166-167). Granér (1994) nämner att i informella organisationer bildas det ofta mindre grupper, så kallade *subgrupper*. Subgruppsbildningen kan kopplas till att man har samma yrkesutbildning. Det vill säga då man delar samma åsikter och övertygelser, som resulterar i

att man tänker och resonerar lika gällande utförandet av arbetet. Samtidigt kan det ge upphov till spänningar och konflikter gentemot den övriga gruppen som helhet som kan bidra till en försämrad kommunikation (Granér, 1994, s. 41-44).

Thylefors (2007) åskådliggör att grunden för en bra grupp är ett gott självförtroende, individuellt och kollektivt. I arbetsteam har det att göra med yrkesstolthet, det vill säga i vilken utsträckning man själv är nöjd med sina och gruppens prestationer samt omgivningens attityder till verksamheten. Med självförtroendet följer också en acceptans och respekt för professionernas olikheter. När individens självkänsla för sin egen profession vacklar uppfattas den naturliga olikhet professionerna emellan som ett hot eller en utmaning (Thylefors, 2007, s. 63-64). Känner de olika professionerna att de inte har den rätta kompetensen för vårdteamet kan detta leda till kompetensstress det vill säga att känna sig underutnyttjad eller degraderad inom fältet (a .a. s. 204).

## Det psykosociala

Vårt syfte i denna studie är att undersöka hur mycket fokus som läggs på patientens psykosociala välbefinnande. Mot den bakgrunden vill vi belysa detta utifrån socionomens profession eftersom det är socionomen som ansvarar för och utför den psykosociala delen av patientens behandling. Wingfors (2004) beskriver med all tydlighet den problematik som socionomyrket som profession står inför. Författaren belyser att socionomerna i Sverige dels har svårigheter att åstadkomma ett professionserkännande, dels en legitimering som skulle ge professionen en acceptans och status inom sjukvårdsmiljön.

Wingfors (2004) resonerar vidare kring att socionomyrket inte har uppfattats fullt ut som en professionell yrkesgrupp på grundval av professionens mångfacetterade kunskapsfält (Wingfors, 2004, s. 17-18). I motsats till läkaren som till yrket är legitimerad och har en hög samhällelig status. Axelson och Thylefors (1997) betonar att roller måste man ses som en nödvändig del av arbetsplatsens struktur. De kan kopplas till hur organisationen ser på sin verksamhet, och hur de skall kunna uppnå de mål som de har stakat ut. Rollkonflikter kan exempelvis uppstå till följd av *rollupplösning*. Yrkesroller är inte statiska utan kan ibland tendera att bli flytande. Detta i sin tur kan leda till konflikter om man träder in på en annan yrkesverksam professions område (Axelson & Thylefors, 1997, s. 184-185). Repstad (2005) beskriver yrkesrollens betydelse: ”å ena sidan finns det inget tvivel om att framväxten av professioner inom vård- och socialsektorn har medfört ett kvalitativt bättre arbete med patienterna än om ett oreglerat kvacksalveri hade fått råda (Repstad, 2005, s. 187). Vidare

menar författaren dock att detta har skapat problem på grund av denna utveckling av en rad professioners yrkesrollpositionering. Det vill säga att varje profession utgår ifrån sin egen bedömningsgrund och betraktelsesätt (a. a. s. 188).

Thylefors (2007) ger ett teoretiskt perspektiv på ett tvärprofessionellt team. Det består av medlemmar som tillhör olika professioner, har olika utbildning, språk och kultur. Ett exempel på detta kan vara sjuksköterska, undersköterska, kurator, arbetsterapeut och läkare.

Thylefors (2007) skriver att det finns ett logiskt argument till tvärprofessionella team men att det tyngsta argumentet bygger på antagandet att komplicerade problem kräver mångsidig kunskap. När det gäller palliativ vård kan man säga att det är just behovet av mångsidighet som gör att det krävs ett vårdteam bestående av olika professioner som kan svara mot patientens komplexa problem. Ett team bestående av olika professioner förverkligar också den eftersträlvade helhetssynen, det vill säga motsatsen till den kritiserade fragmentiseringen inom vård och omsorg (Thylefors, 2007, s. 89). En betydelsefull förtjänst med det tvärprofessionella teamet enligt Moss är den höga arbetstillfredsställelse team medlemmarna får genom socialt, känslomässigt och professionellt stöd. Detta stöd motverkar dessutom stress och belastning, någonting som i synnerhet är viktigt med professioner som arbetar i ett palliativt vårdteam där man möter döden i sitt dagliga arbete (refererad i Thylefors I, Persson O., & Hellström D, 2005, s. 90).

Samarbetets art inom teamet bestämmer hur ett team ska organiseras och organisationen bygger i huvudsak på tre dimensioner enligt Thylefors (2007). Graden av ömsesidigt beroende, rollspecialiseringen, det vill säga graden av överlappning mellan yrkena med avseende på arbetsuppgifter och ansvarsområden och samordningen av arbetet inom teamet. Samordningen kan antingen ske via centraliserad styrning, konsensus eller ett funktionellt ledarskap (Thylefors, 2007, s. 91).

I arbetet med komplexa och ofta oförutsägbara uppgifter krävs det att alla team medlemmarna bidrar utifrån sitt eget professionsperspektiv. Detta bidrar dock till att motsättningar och konflikt ligger nära till hands i ett tvärprofessionellt team då det finns många åsikter och idéer som florerar till följd av att det är flera olika yrkesgrupper som samverkar mot samma mål.

Thylefors (2007) förklarar att dessa olika åsikter och idéer kan skapa konflikter men att själva essensen i ett tvärprofessionellt team är konflikter, det vill säga att låta olika perspektiv, kunskaper och erfarenhet brytas mot varandra för ett gott resultat. Insikten om rollens betydelse i konflikter, det vill säga att teammedlemmarna är anställda för att bevaka olika

intressen som en del av en helhet har en avdramatiserande effekt i många konflikter (Thylefors, 2007, s. 99).

Man tänker ofta om tvärprofessionellt teamarbete att alla har viktiga bidrag i förhållande till klientens behov. Det borde innebära att var och en också har ungefär samma status, men så är det inte. Det finns skillnader mellan folk och folk, menar Thylefors. Det visar sig i lön och andra förmåner, i andras respekt samt status i vårdteamet. Statusskillnaderna har flera orsaker som utbildningens längd, yrkets historia som profession, tradition etc. Här kan man dra en parallell till Bourdieus habitus och socialt kapital.

## Resultatredovisning

I denna del av uppsatsen kommer vi att presentera vår empiri. Empirin presenteras utifrån de tre olika teman som våra intervjupersoner har berört i intervjuerna; *det medicinska tar över, vem styr vem* samt *den goda viljan*. Tematiseringen anser vi strukturerar empirin så att läsaren lättare kan förstå det vi vill belysa utifrån våra intervjuer. Vi har även valt att dela upp teman i underrubriker då vi anser att detta kan vägleda läsaren ytterligare.

Ett av de återkommande teman handlar om de existentiella problem som patienten har och hur vårdteamet hanterar dessa frågor. I avsnitt *Urval och undersökning* har vi förklarat att vi inte inkluderar patientens existentiella problem i uppsatsen. Eftersom de olika yrkesprofessionerna hade starka synpunkter rörande detta anser vi det relevant att lägga fram resultatet i vår studie och således kommer den att finnas med i vår diskussion.

Delar av den utvalda empirin berör varandra och kommer därför att finnas under flera teman. Det är svårt att undvika detta då de olika temana berör samma eller liknande områden. I vår empiri har vi valt att benämna intervjupersoner A, B, C, D och E. Vi har tidigare redogjort att vi aidentifierat personerna, ibland kommer dock intervjupersonernas profession fram i citaten.

### Det medicinska tar över

I detta tema kommer vi att redogöra för empiri som betonar att det finns en övervägande fokus på den medicinska aspekten av patientens behandling. Fyra av fem personer vi intervjuade beskrev att vårdteamets fokus var koncentrerad på den medicinska delen av patientens välbefinnande. Det hade ingen betydelse vilken profession man tillhörde, det var en konsensus i vårdteamet att det var en snedfördelning mellan det medicinska och det psykosociala. Flera intervjupersoner uttryckte sina hypoteser om varför det var så i vårdteamet. Det framkom att det var naturligt då läkaren och sjuksköterskan är närmare patienten än någon annan profession.

### Medicin och bara medicin

Det framfördes av flera intervjupersoner att detta är någonting som diskuteras men de hittar ingen lösning på problemet. Intervjuperson A beskriver hur den medicinska delen av patientens behandling väger tyngst: *”Den huvudsakliga orsaken till varför patienten är här, det är av någon medicinsk orsak, det vill säga att det medicinska blir det som väger tyngst. Det är där vi kan ställas till svars”*. Intervjuperson C beskriver att det inte går att komma

ifrån att det finns ett medicinskt ansvar som väger tyngst samt att det är läkaren som bär detta ansvar. Denne säger följande: ... ”*jag tycker det är rätt så platt här ändå, men det är klart att doktorerna har återigen det medicinska ansvaret, det går inte att komma ifrån*” ...

I samtal gällande arbetsätt berättade teamet att de har ett stort teammöte en gång i veckan.

Teammöten finns till för att alla professioner ska kunna dela med sig av sina synpunkter

gällande patientens välbefinnande. I samtal med vårdteamet beskriver de för oss att det stora

teammötets syfte utgör en möjlighet för alla professioner att uppdatera sig angående

patientens status, samt att reducera fokus på den medicinska delen av patientens behandling.

Dock uttrycktes det att dessa möten var snedfördelade. Intervjuperson E beskriver detta så

här: ”*Ja, jag tycker att den haltar litegrann(...) jag tycker att det ligger väldigt mycket fokus*

*på medicinen, det kan jag känna att till exempel när vi sitter i en teamrond att det är*

*fortfarande fokus på medicin*” ...

Men varför då?

Eftersom nästan alla intervjupersoner uttryckte en snedfördelning ställde vi följdfrågan varför

de ansåg att det fanns en större fokus på den medicinska delen av patientens behandling och

det framkom flera intressanta hypoteser gällande detta. Det uttrycktes av flera

intervjupersoner att det medicinska fokus på patientens behandling var naturligt då vårdteamet

vårdar människor med svåra smärtor. Intervjupersonerna ansåg att det säger sig självt att det

finns en större fokus på patientens symtom och att dessa symtom måste lindras då

patienterna befinner sig i livets slutskede med mycket smärtproblematik. Intervjuperson E

exemplifierar detta då denne säger: ...”*ja, det medicinska är ju basen eftersom kroppen den är*

*ju så sjuk. Om man inte kan lindra det kan man inte sitta och ha stödsamtal eller existentiella*

*samtal med en patient som har fruktansvärda smärtor, det säger ju sig självt, så det är det*

*som är basen*” ...

Intervjuperson B bekräftar detta samtidigt som denne skulle vilja se en betoning på det friska hos patienten och samtidigt flera olika sorters behandlingsalternativ:

Tyvärr ska jag säga så blir det väldigt mycket rent fysiskt det är väldigt mycket ren och skär omvårdnad i den mening att det är mycket symtomkontroll som är väldigt viktigt (...). Jag skulle vilja att det kunde vara lite mer av det att vi kunde plocka fram det friska, vårda det friska. Sedan också lite mer av det psykosociala. Dock kanske under mer ordnade former lite mer strukturerat då man kunde ha tid och rum att prata med patienter om de typer av frågor (...) jag tycker att betoningen skulle flyttas över från alla mediciner som patienterna får och som man sätter in. Fokus kunde vara på andra saker som taktil massage, musik och annan form av konst.

Flera intervjupersoner menar att i vårt samhälle finns det en naturvetenskaplig dominans och att det är denna dominans som gör att det medicinska får företräde när det gäller patientens behandling. I vår fråga gällande vem som har den högsta statusen och vem som företräder vårdteamet svarade många intervjupersoner att det oftast fanns en konsensus gällande att fatta beslut. Dock ansåg många att läkaren höll den högsta statusen inom vårdteamet. I en följdfråga om varför intervjupersoner ansåg att det var så svarade de att en förklaring till detta kunde vara att läkaren företräder det naturvetenskapliga området och anses besitta den högsta kunskapen inom naturvetenskapen och vårdteamet: Intervjuperson D beskriver läkarens status på följande sätt ... ”nej det är väl läkare som har högst status (...) På grund av det gamla man har blivit itutad i skolan, du vet det har att göra med hierarkin, dom är högst. Det är som när man ser kirurger blir man fortfarande rädd och vill niga, för det är de som är högst upp”. Intervjupersonen C beskriver dennes syn på den naturvetenskapliga dominansen och varför det sker:

Jag tycker verkligen att vi har ett mål med patientens hela helhet framför ögonen. Men vi är precis som alla andra i Sverige, alltså vi lever i ett system av det medicinska, det är så man definierar vård väldigt mycket och det är inte så himla enkelt att bryta mot det heller. Jag tror att det handlar om traditioner och synen på vissa professioner, till exempel socialarbetare. Jag tror att i Sverige uppfattar jag det som om vi har en extrem naturvetenskaplig syn på mycket, vi är väldigt ängsliga gällande allt annat utom medicinsk vetenskap, läkarvetenskap. Palliativ vård är väldigt medikaliserat och det behövs naturligtvis men det är för stark betoning på det tycker jag, inte bara inom palliativ vård men överhuvudtaget. Jag tror att det är vi i Sverige som skiljer ut oss lite. Vi måste jobba för att stärka det psykosociala, det är en stor del av palliativa patientens behov, det vill säga de psykosociala och existentiella behoven.

En av intervjupersonerna ansåg att eftersom palliativ vård bedrivs inom den naturvetenskapligt dominerade miljön samt att denna vårdform står under landstingets beskydd kan detta ytterligare bidra till varför det medicinska tar över. Intervjuperson D beskriver hur detta kan skapa problem:

Vi är ju väldigt mycket för det där mätbara (...) och hela konceptet med evidens och det naturvetenskapliga är ju ett exempel på det... jag tycker att vi jobbar enligt WHO och att vi har en helhetssyn, och jag tycker att alla enskilda här har ett väldigt bra synsätt tycker jag. Men det är paradigmet som det är fel på. Det skapar ramarna och då är det beställarna som är landstinget som styr väldigt mycket.

### **Vem styr vem?**

Under detta tema vill vi belysa vikten av yrkesrollens positionering samt hur avsaknaden av detta kan skapa konflikter. När vi genomförde intervjuerna med de olika yrkesprofessionerna inom vårdteamet så framkom det att flertalet av intervjupersonerna bland annat inte visste vad ordet samverkan betydde.

Intervjupersonerna betonade betydelsen av en väldefinierad yrkesroll samt en trygghet i att man kan företräda sin profession som viktig för teamarbetet. Trygghet bidrar till att man känner sig uppskattad och respekterad i vårdteamet. Dessutom ansåg intervjupersonerna att det fanns vissa viktiga egenskaper som man måste bejaka när man jobbar tillsammans i ett vårdteam såsom kommunikation och respekt för varandra både personligt och yrkesmässigt. I vår empiri uttryckte flera intervjupersoner vikten av att kunna företräda sin profession, det vill säga inte enbart i handlingar men även i betydelsen att kunna prata för sig. Flera intervjupersoner uttryckte hur avsaknaden av detta kunde påverka hur mycket tid och plats professionen och yrkesrollen fick i vårdteamet.

En viktig aspekt i vårdteamsarbetet var att alla teammedlemmar delade samma syn och att alla var införstådda med att palliativ vård betyder ett teamarbete. Konflikter kan dock uppstå då det saknas ett samverkansdokument som ska fungera som riktlinje för professioner när de ska arbeta tillsammans i ett vårdteam. Vårdeteamet arbetar idag utifrån WHO:s riktlinjer och det illustreras i empirin då intervjupersoner uttrycker sig att vårdteamet tyvärr inte lever upp till detta.



## Det känns tryggt!

I våra samtal beskrev intervjupersonerna att det var viktigt för teamarbetet att alla professionerna arbetar tillsammans mot samma mål gällande patientens behandling. När det gällde de olika specifika yrkesrollerna i det tvärprofessionella vårdteamet och hur intervjupersonerna upplevde att deras yrkesroll bidrog till teamarbetet uttryckte intervjuperson C betydelsen av att vara trygg i sin yrkesroll för att kunna företräda sin profession. Denne beskrev följande: *Det är en ganska skön känsla att känna att jag vilar tryggt i min profession och att jag är trygg i det jag gör. Jag bryr mig inte om, jo jag bryr mig om vad andra säger det gör jag, men det är viktigt att inta sin roll och förstå betydelsen av den.*

Intervjuperson C stödjer detta då denne ser sin yrkesroll som betydelsefull för arbetet inom vårdteamet. Betydelsen kommer ifrån att denne känner sig trygg i sin roll:

Jag kan det här, jag vet vad WHO handlar om, jag vet vad palliativ vård skall syfta till ... Jag har varit på mängder av konferenser utomlands och i Sverige och det gör ju att, jag kan hävda min yrkesroll både utifrån en teoretisk och praktisk erfarenhet då kan jag ta för mig. Jag känner mig väldigt respekterad här i mitt arbetslag och det gör jag både för att jag känner alla ganska väl och för att jag vet att jag kan ganska mycket och förstås att jag är trygg. Jag kan hävda mig, till exempel - det här skall jag vara med om - det här skall jag göra - det ska vara så, man får inte vara en bulldozer för det.

## Våga tala ut!

Flera intervjupersoner uttryckte vikten av att våga företräda sin profession. Intervjuperson B anser att det är upp till var och en att ta plats i vårdteamet. Samt att man som människor måste vara beredd på att stå upp för sin profession gällande patientens behandling. Denne säger följande:

Jag tycker nog att det är väldigt mycket upp till oss som personer, det vill säga för var och en av oss som personer hur mycket plats vi tar och så. Är man trygg i sig själv och sin roll då vågar man. Ja jag tycker det är en blandning, det hänger inte bara ihop med att man är trygg i sin yrkesroll men jag tror det är väldigt avhängigt om hur man är som person, vill man prata eller inte och sådana saker. Jag har inget problem med det så för mycket är det inte ett problem. Jag tycker att min blick och min uppfattning av patienter kommer fram i teammötena. Vi har just teammöte för att det inte ska vara så medicinskt inriktade men framförallt för att de andra professionerna ska få säga sitt, men det är väldigt avhängigt hur mycket plats man tar man måste själv se till att ta plats.

Intervjuperson E beskriver att om man vill bli lyssnad på exempelvis under teammöten då alla professionerna möts är det viktigt att man vågar lägga fram sina professionella åsikter

gällande patientens behandling. Denne säger följande: *”Jag får den plats jag vill ha för att jag tar den. Jag kan och vågar gå in och säga HELLO vad gjorde ni nu? Vore jag 23 och nyutexaminerad skulle jag kanske inte våga säga ifrån. Det är viktigt att kunna mäta sin profession med de andra”*.

Intervjuperson D påpekar vikten av att kunna hävda sin profession då denna uttrycker att det inte är en självklarhet att man blir inbjuden till samtal då alla professioner är samlade i det stora teammötet. Denne uttrycker följande:

Det är mycket svårare att hävda sin yrkesroll gentemot de andra om man är blyg eller osäker. Det är ingen på teammöten som drar in en i kommunikationen direkt. Om man inte kan hävda sig själv drunknar man så att säga i det medicinska. Man måste stå på sig, det kan vara tufft även för mig, även om man har krafter är det inte alltid så lätt.

Hur vill jag bli behandlad?

Det som framkom under intervjuerna som viktiga egenskaper för att kunna arbeta tillsammans i ett tvärprofessionellt team inom palliativ vård var bland annat kommunikation och respekt för varandra både på ett professionellt och personligt plan. Intervjupersonerna D och E beskriver vikten av egenskaper så som lyhördhet, kommunikation och respekt.

Intervjupersonen beskriver följande:

Respekt för varandra både när det gäller individer och rollerna. Man måste vara lyhörd och lyssna på varandra, det har med respekt att göra. Det är så mycket stort i det ordet som gör det möjligt att jobba tillsammans i team, för även om man jobbar i team och har skilda åsikter eller kommer i kliché, det vill säga när man inte ser ett fall utifrån samma perspektiv så måste man ändå respektera varandra, jag tycker det ska vara så.

Intervjuperson E anser att det är lika viktigt att man respekterar varandras professionsområden. Denne säger följande: *”Respekt är viktig, att inte klampa in i varandras revir. Ibland känns det som om att det är professionen som är viktig. Bara jag få komma in och säga mitt men då förlorar man patienten och helhetssynen.”*

Intervjuperson C förklarade betydelsen av kommunikation då man arbetar tillsammans. Denne beskriver detta på följande sätt:

Att vi misstror varandra på olika sätt i våra syften eller att vi inte har en bra kommunikation och inte litar på varandra. Då blir det inte bra och kan bli irriterade på varandra. När man blir irriterad på varandra märker patienterna av det, patienter är väldigt

känsliga och lyhörda. Patienterna är så oerhört beroende av ett bra samarbete och de märker väldigt tydligt när det inte fungerar. Så vi måste vara försiktiga med detta. Det märks när vi tycker om att vara med varandra och jobba då är det skönt och tryggt för patienten.

Det framkom i våra samtal att helhetssynen är navet i palliativ vård och flera intervjupersoner gav uttryck för detta. En av intervjupersonerna uttryckte att det var viktigt att man inte förlorar helhetssynen och helhetssynen betyder också att man arbetar tillsammans med alla professioner då denne säger följande: *”Det är ju att man har en helhetssyn att man inte ska plocka ut vissa delar som man anser är viktiga än de andra, ett holistiskt synsätt ska det vara och det är därför det är bra med många professioner”*.

### Fungerar det alltid?

Flertalet av intervjupersonerna belyste att det kunde uppkomma situationer som kunde försvåra samarbetet mellan de yrkesverksamma professionerna, dels saknaden av viktiga egenskaper som kommunikation och respekt, dels saknaden av ett samverkansdokument som ska hjälpa professionerna att positionera sig inom vårdteamet. Dessutom framkom det ofta att alla inte fick tid och plats på stora teammöten och att detta kunde ge upphov till konflikter inom vårdteamet. Många intervjupersoner uttryckte också vikten av att alla delade samma syn gällande teamarbetet, det vill säga vikten av att arbeta tillsammans mot samma mål.

Intervjuperson A exemplifierade detta genom att beskriva följande:

Ja det kan man säga om en läkare tycker att det är bra med teamarbetet och att det är spännande och viktigt då är det bra, då behöver man inte förändra någonting. Men det finns personal som inte har samma syn på teamarbetet och ser vinning av teamarbetet på samma sett som jag gör så att säga och då skulle jag vilja förstås önska att man jobbade bättre.

På en följdfråga till intervjuperson A gällande detta vill vi att denne ska stipulera om vem det var som denne ansåg höll tillbaka teamarbetet och denna svarade så här: *”Jag skulle hellre säga att läkare håller tillbaka teamarbetet och när det inte fungerar så kan det vara så att var och en kör sin del och då vet man inte vad som har hänt med patienterna så jag tycker kommunikation och viljan med teamarbetet det är jätteviktigt.*

## Vem styr?

Enheten har inget samverkansdokument som formulerar riktlinjer för hur vårdteamet skall arbeta, men som utgångspunkt bedriver de arbetet utifrån Världshälsoorganisationens (WHO) riktlinjer. I samtal med vårdteamet angående ett samverkansdokument berättades det att man inte arbetade utifrån ett sådant dokument. En av intervjupersonerna uttryckte att detta kunde skapa problem då man lätt kunde dra åt olika håll. Denne sade följande: ... *”ja det är ju när man drar åt olika håll då man inte har formulerade mål eller när man positionerar sig på ett sätt som inte bygger på tillit till varandra”*.

Eftersom det uttrycktes i intervjuerna att det var delade meningar angående hur vårdteamet kunde arbeta utifrån WHO:s riktlinjer ställde vi en följdfråga angående detta. Intervjuperson D ansåg att det inte var på grund av att vårdteamet misslyckades i sitt arbete utan det har att göra med att landstinget styr den vård som patienten ska få och att detta oftast beror på ekonomiska utgångspunkter. Intervjuperson D beskriver följande:

Vi kanske inte jobbar helt efter riktlinjerna men det har inte med vårdteamet att göra, utan det har med högre uppsatta. Om jag säger så här att det är högsta instansen som ger oss riktlinjer för hur vi skall jobba och att det inte alltid är i linje med WHO. Jag tycker att vi absolut inte jobbar efter vissa saker som WHO, alltså riktlinjerna, säger. ... det här med efterlevande tycker jag inte vi följer riktigt så långt som man ska utan det är liksom en utsatt tid, därefter skall det kapas, att man ens tänker och man säger sådana saker tycker jag är helt upprörande. Erbjuder möjligheter och organiserade hjälp för patienten att leva så aktivt som möjligt fram till döden, nej det tycker jag inte heller att vi gör, dels för att det har blivit indraget väldigt mycket, vår sjukgymnastik så att säga. Nu är de så få så de hinner inte med på samma sätt, som jag tycker att man borde. Att befrämja livskvalitet det kunde man i början när jag kom hit, men inte på samma sätt längre och så är det arbetsterapin och sjukgymnastiken som gjorde så fruktansvärt mycket arbete, mycket bra arbete men det har också dragits in. Det har koncentrerats väldigt mycket på det medicinska där symptom, mycket symptomb lindring, och smärtlindring ha fokusen, men man har totalt glömt bort det psykosociala.

## Den goda viljan

I vår empiri uttryckte flera intervjupersoner vikten av att kunna företräda sin profession, det vill säga inte enbart i handlingar men även i betydelsen av att kunna prata för sig. Flera intervjupersoner uttryckte hur avsaknaden av detta kunde påverka hur mycket tid och plats professionen och yrkesrollen fick i vårdteamet.

Flera av intervjupersonerna har berört ämnet *den goda viljan* som en viktig egenskap för teammedlemmarna som arbetar inom palliativ vård. Dock belystes detta av våra

intervjupersoner som en fara då detta lätt kunde skapa rollkonflikter då *den goda viljan* kunde leda till att professionerna överskred professionsgränserna.

Den goda viljan och hur den styr den *så kallade allmänmänskliga professionen*

Viljan och i synnerhet *den goda viljan* var ett ämne som våra intervjupersoner ansåg vara väldigt viktig för ett vårdteam som arbetar med patienter som befinner sig i livets slutskede. Det nämndes av flera intervjupersoner att det är viktigt att alla inom vårdteamet har samma syn på detta. Intervjuperson A beskriver *den goda viljan* som en anledning till varför man arbetar med palliativa patienter som befinner sig i livets slutskede. Denna beskriver arbetet utifrån följande: ”Vi har börjat med sjukvård för att vi älskar att ta hand om människor”. Det framkom att det var viktigt att teammedlemmarna hade *den goda viljan* som ett mål med sitt arbete med patienterna, både på en individ och professionsnivå.

Intervjuperson C beskriver *den goda viljan* som någonting som ska styra professionerna i sitt arbete med patienter i livets slutskede. Denne beskriver det så här:

Jag tycker att det övergripande är på ett sätt, allas goda vilja, det låter ju lite högtidligt. Det är det här som skall styra oss att vi vill göra det här arbetet. Man vill göra det som är bra för patienten och närstående man vill ha en välvilja i sitt syfte. Då ska det vara tillit till att de andra professionerna har den goda viljan, alla ska ha en välvilja.

Som intervjupersonerna har nämnt ansåg de att det var av vikt att låta den goda viljan styra sin profession. Dock var det flera av intervjupersonerna som ansåg att man kunde använda sin profession för att överskrida gränserna gentemot de andra professionerna i vårdteamet. Ett exempel på detta är då intervjuperson E beskriver att det kan förekomma situationer då andra professioner inskränker på dennes arbete med patienterna.

Ja det är lättare faktiskt. Konkret kan det ringa en patient och säger att de ska ha en ny säng för att doktorn har sagt det. Men då är jag tvungen att säga det är inte så att det är doktorn som ska besluta det. Det är inte så bara för att man har en dålig säng att man ska få en ny. När andra professioner går in och tassar (...) det händer väldigt mycket att doktorn och sjuksköterskan talar om för patienten vad de behöver men det är ungefär som om jag skulle gå in och säga så här är det att nu ta vi och höjer din morfindos eller om vi ta och byta ut ditt kortison mot en annan sort. Jag skulle aldrig göra det förstås men egentligen är det samma sak.

I en följdfråga till intervjuperson E då vi frågar varför denne tror att sådana situationer kan dyka upp i vårdteamet beskriver denna att det finns en vilja att åtgärda, att göra någonting bra

för dessa svårt sjuka patienter, någonting konkret. Att göra någonting konkret för dessa patienter när hoppet är ute känns bra men denne förklarar att det kan leda till att professionsgränserna överskrids. Denne förklarar vidare att det blir lätt så när en del av arbetet med patienter inkluderar åtgärderna som är åt det allmänmänskliga hållet, det vill säga det psykosociala.

Det är just det allmänmänskliga man behöver inte kompetens egentligen för att hålla på med mitt anser vissa i alla fall, kanske eller ja vet inte. Det gör mig faktiskt irriterad det är inte så enkelt det jag håller på med. Om man vill säga det så här att doktorn har en patient framför sig som man inte kan göra så mycket med man har ingenting att erbjuda, hoppet är ute, då är det lätt att säga men då kan du kanske få en ny säng eller prata med någon eller få det här eller det här. Som jag sade vissa är så väldigt åtgärdsinriktade, det måste göras någonting tror jag. De vill erbjuda det konkreta alltså någonting man kan skriva i journalen. Det är skillnad mot oss som bara kan vara där och lyssna eller bara vara. Det är inte alltid att man gör någonting man har bara varit där och lyssnat. Fast det finns en medvetenhet att inte inkräkta jag tror mest att det bara ramlar ut ur munnen på vissa, det är just den viljan att göra det goda som gör att det blir så.

## Analys

Denna studie handlar om hur samverkan sker i ett tvärprofessionellt team inom palliativ vård, där olika professioner tillsammans skall samverka och bidra med sin kompetens och kunskaper i vården runt patienter som är i livet slutskede. Det har framkommit utifrån det empiriska materialet att det finns en klar och tydlig naturvetenskaplig dominans. Vi har funnit att flertalet av intervjupersonerna är överens om att det finns en snedfördelning gällande det naturvetenskapliga och det psykosociala området och det uttrycktes flera hypoteser till varför detta sker. Intervjupersonerna menar att det är naturligt att det medicinska får mer fokus eftersom patienter är väldigt sjuka med svåra smärtproblem som kommer i första hand. Flera av intervjupersonerna ansåg också att det naturvetenskapliga området har en sådan stor påverkan på oss att det inte går att ignorera. Flertalet av intervjupersonerna framförde att detta är någonting som diskuteras, men att de inte hittar någon lösning på problemet. Rintala (1986) skriver i sin studie att det finns en väsentlig procentuell skillnad gällande fokus på det psykosociala och det medicinska i läkarens ronder då författaren påvisar att patientens hälsa upptar 67 % av ronderdiskussionen medan den motsvarande siffran för det psykosociala är 14 % (Rintala, 1986, s 118-122).

### Kuratoren och den naturvetenskapliga dominansen

Då den medicinska delen av patientens behandling får en sådan stor fokus som Rintala (1986) påtalar och som våra intervjupersoner uttrycker, kan man ställa sig frågan hur detta påverkar vårdteamsarbetet då det finns flera professioner som är samtidigt aktiva i patientens behandling. Flertalet av intervjupersonerna gav uttryck för detta då de ansåg att läkaren har den högsta statusen och innehar den största kunskapen inom vårdteamet. Detta kan relateras till Foucault (1979) som lyfter fram läkaren som den som företräder det naturvetenskapliga området och den som har mandat på sanningen. Intervjupersonerna redogjorde för att man betraktar läkaren högst upp på den samhällsliga rangskalan och en av våra intervjupersoner illustrerade detta då denne säger sig nästan blir rädd och vill niga när denne ser en kirurg, eftersom kirurgen är högst i den naturvetenskapliga hierarkin. Speck (2006) illustrerar hur detta tankesätt präglar vårdteamet då författaren säger att ett allvarligt hot mot vårdteamet är konflikterna runt ledarskapet. Speck (2006) förklarar att i den traditionella sjukhusmiljön har det alltid varit läkaren som har haft den ledande rollen men Speck (2006) hävdar att ledarskap inte bör vara ett uttryck för hierarki. Rollen som ledare i ett tvärprofessionellt vårdteam bör vara flexibel och beroende av patientens unika situation (a. a. 2006, s. 27, 65).

Enligt Olsson (1999) kan man se hur sjukhuskuratorernas placering i denna hierarki har förändrats då de i dagens vårdteam har gått ifrån en stark social position placerad under läkaren till att numera placeras tillsammans med andra professioner som sjukgymnaster och arbetsterapeuter (Olsson, 1999, s. 6, s. 187-189). Byström (1985) intygar det som våra intervjupersoner uttrycker gällande den medicinska fokusen på patientens behandling. Författaren konstaterar att sjukhuskuratorernas avsaknad av både en naturvetenskaplig bakgrund och den medicinska kunskapen gör att de inte blir en naturlig del av det löpande arbetet (Byström, 1985, s. 25- 26). Dock anser våra intervjupersoner att det finns ett samarbete professionerna emellan som gör att sjukhuskuratorer känner sig delaktiga i det löpande arbetet. Men det kan anses råda olika meningar om vad det är som är det löpande arbetet då det finns en klar fokus på den medicinska delen av patientens behandling, en del av behandlingen som enbart den medicinska delen av vårdteamet är involverad i.

### Helhetssyn för både patient och enheten

Majoriteten av intervjupersonerna poängterade att det var viktigt att behålla en helhetssyn när man arbetar med palliativ vård. Att alla professioner skall betraktas som lika viktiga. En intervjuperson uttryckte att vårdteamet inte helt och fullt arbetar utifrån WHO:s riktlinjer. Palliativ vård skall bedrivas av flera professioner och begränsas ofta utifrån ekonomiska förutsättningar där landsting styr och bestämmer vilken vård patienten får. Det vill säga att det är landstinget med sina nedskärningar som avgör vilka professioner som ska prioriteras. Detta stöds utifrån Hjortsjö (2006) som beskriver att själva utgångspunkten för det tvärprofessionella teamet är att kunna förse patienter i den palliativa vården med en helhetsvård och då fodras det en bra samverkan mellan professioner för att upprätthålla denna helhetssyn (Hjortsjö, 2006, s. 9-11). Landstingets styrande över vårdteamet utgör en försvårande omständighet som gör att denna helhetssyn inte kan upprätthållas. Utöver detta har inte heller enheten något samverkansdokument som visar på vilket sätt professionerna skall bedriva arbetet tillsammans. Det som framkommit utifrån det empiriska materialet är att enheten använder sig av WHO:s riktlinjer som en utgångspunkt för vårdteamets arbete.

Lindgren (2009) beskriver och betonar vikten av hur man organiserar samverkan och vilket mål man vill uppnå med det. Att det måste finnas en klar plan över hur man skall gå tillväga för att förverkliga samverkan (Lindgren, 2009, s. 56-60). Tuckman och Jensen (1977) stödjer detta då de säger att en grupp som saknar en gemensam vision riskerar att stanna i den så kallade formningsetappen (Tuckmann & Jensen, 1977, s. 563).



## En trygg yrkesroll

Tony Walter (2005) belyser vikten av att professionerna är säkra på sina egna värden och att de har en klar bild av sina specifika områden i teamet. Författaren förklarar vidare att om detta saknas kan det leda till konflikter och en känsla av inbördes konkurrens, det vill säga att professionerna känner att *det här är min patient* (Walter, 2005, s. 90-91). Då alla har en känsla av att patienten tillhör deras profession så menar Cheryl Cott (1998) att detta kan bidra till att olika områden bildar subgrupper. Cotts intervjuer med kuratorerna visar att splittringar uppstod när subgrupper bildades. Dessa grupper bildas inom respektive område, det psykosociala (psykologer och kuratorer) samt det naturvetenskapliga (läkare och sjuksköterskor) (Cott, 1998, s. 848-873). Speck (2006) rekommenderar istället att professionsbehovet styrs av patientens vårdbehov, det vill säga att de olika disciplinerna blir mer eller mindre aktuella vid olika tillfällen (Speck, 2006, s. 1,18).

När det gäller individperspektivet, det vill säga hur individen betraktar sig själv men också sin yrkesroll i förhållande till de andra yrkesprofessionerna i det tvärprofessionella teamet så har vi sett i denna studie att det har en stor betydelse för hur samarbetet i teamet dem emellan kommer att utvecklas. Svedberg (2003) belyser att människor som är med i grupp sammanslutningar har skilda erfarenheter av att vara med i grupper och att det kan vara svårt för vissa att anpassa sig och inta den roll som förväntas av en. Individer som inte har en stark tro på sig själv vågar inte stå upp för sin sak och istället anpassar till gruppen som helhet för att undvika att motsättningar uppstår (Svedberg, 2003, s. 166-167). En av våra intervjupersoner påpekade just detta. Det är upp till individen som företräder sin profession att ta initiativet till att synas. Denne menade också om man känner sig trygg i själv och är säker i sin roll, då vågar man stå upp för sin sak.

Flera av våra intervjupersoner uttryckte behovet av viktiga egenskaper när man arbetar tillsammans i ett vårdteam, egenskaper såsom kommunikation och respekt för varandras roller. Speck (2006) stödjer detta då författaren säger att kommunikationen är av vikt för ett bra tvärprofessionellt arbete där var och en av de professioner som är verksam i teamet är medvetna om sin roll och sin uppgift. Inom varje team bör medlemmarna undersöka och förstå varandras roller. En förståelse för det värde varje team medlem bidrar med kan motverka stora spänningar inom teamet. Speck (2006) förklarar vidare vikten av ett lagarbete då vårdteamets samverkan till viss del beror på människors gemensamma värderingar. Dessa värderingar stärker teamets arbetssätt och minskar risken för konflikter. Speck (2006) förklarar dessa värderingar som följande; vikten av att arbeta tillsammans för att uppnå målet,

yrkesmässig och personlig respekt, öppen och ärlig kommunikation och en öppen tillgång till information. Våra intervjupersoner har också använt sig av dessa ord då de anser att de alla är viktiga egenskaper när man ska arbeta tillsammans i ett vårdteam (Speck, 2006, s. 4).

### Den goda viljan och en lagkänsla

Flertalet av intervjupersonerna har påpekat vikten av den goda viljan, det vill säga en vilja som först och främst grundar sig i att man älskar att hjälpa människor. Det framkom att det är viktigt för alla i det tvärprofessionella vårdteamet att ha detta som utgångspunkt för arbetet. En intervjuperson uttryckte att den goda viljan skall vara själva grunden för de olika professionerna att utgå ifrån. Jünger et al (2007) betonar dessutom lagarbete och en utvecklingsprocess i vårdteamet som viktigt då enbart viljan att göra det goda inte innebär att teamet kommer att bli en effektiv arbetsgrupp (Jünger et al 2007, s. 348). Det som studien också visat är att när vårdteamet strävar efter att göra det goda kan detta indirekt få till följd att istället försvåra samarbetet för det tvärprofessionella vårdteamet. En intervjuperson bekräftade att det kan uppstå gränsöverskridande av professionsuppgifterna. Detta stöds utifrån Axelson och Thylefors (1997) där författarna framhåller att rollkonflikter uppstår oftast till följd av så kallad rollupplösning. Yrkesroller är inte oföränderliga och detta kan leda till att man frångår sina befogenheter och skapar motsättningar professionerna emellan (Axelson & Thylefors 1997, s. 184-185).

### Samverkan

Hjortsjö (2005) belyser därmed något viktigt då författaren för ett resonemang om att samverkan vanligtvis äger rum och centreras kring vissa gemensamma frågor, men för att verkligen uppnå ett samarbete behövs det att alla verksamheter går samman för att i en gemensam strävan uppnå det utstakade målet (Hjortsjö, 2005, s. 13). Därför är det viktigt som Thylefors (2007) påpekar att samarbetets omfattning dikterar hur vårdteamet styrs. Målet för det tvärprofessionella teamet är att förse patienter i livets slutskede med en helhetsvård som inkluderar psykosociala och medicinska aspekter. Thylefors (2007) menar att det är särskilt i den palliativa vården som ett tvärprofessionellt team behövs för att bäst svara mot patientens behov (Thylefors, 2007, s. 89).

Flertalet av intervjupersonerna menar att det som gör att samverkan mellan de olika professionerna i teamet inte alltid fungerar är avsaknaden av kommunikation och respekt. De betonade också betydelsen av att alla professionerna drar åt samma håll, och att det är viktigt

att ha en gemensam syn och mål för teamarbetet. Detta framkom med all tydlighet när en av intervjupersonerna framhöll vikten av att man måste respektera varandras yrkesprofessioner och att man inte träder in på den andres område

Detta styrks utifrån Lindberg (2009) som betonar vikten av hur man organiserar samverkan och vilket mål man vill uppnå med det. Att det måste finnas en klar plan över hur man skall gå tillväga för att förverkliga så att samverkan kan genomföras på bästa möjliga sätt och för att samverkan skall fungera måste man ha respekt för varandras värderingar och yrkeskunskaper (Lindgren, 2009, s. 56-60). Av det empiriska materialet framkom också att det inte gavs plats åt alla professioner under temamötena och det kunde skapa motsättningar inom teamet. Atwall och Caldwell (2005) påvisar att sjukhuskuratorer hade svårt att framföra sina åsikter i de tvärprofessionella team mötena (Atwal & Caldwell, 2005, s. 268-273).

Thylefors (2007) förtydligar detta då denne belyser att om professionerna upplever att de inte kan tillföra vårdteamet den kompetens och kunskap som fordras så kan detta leda till att man inte känner sig behövd inom fältet (a. a. s. 204). Denna osäkerhet skickar ut signaler att professionen inte ska värderas lika högt som andra och detta bidrar till att de nedvärderas av andra starkare högre positionerade professioner.

### Vägen till ett fungerande vårdteam

Vårdteamet som vi har undersökt riskerar att stanna i sin grupputveckling på grund av flera anledningar. Tuckmann och Jensen (1977) anser att delaktighet och därmed effektiviteten kan hindras av komplicerade maktförhållanden, en hierarkisk struktur eller en grupp som har stannat i sin formningsetapp (Tuckmann & Jensen, 1977, s. 563). Författarna beskriver etapperna som följande: Det första stadiet, *formningsetappen* är etappen under vilken medlemmarna saknar en gemensam vision av uppdraget och ofta får söka riktning från en dominerande medlem, ofta en läkare. En intervjuperson illustrerade detta då denne förklarade att det är beroende på läkaren om teamarbetet skall vara i fokus eller inte. Vårdteamet riskerar att fastna i *formningsetappen* då det inte finns något samverkansdokument som ger riktlinjer till de olika professionerna. Ett samverkansdokument kunde möjligen bidra till att minska läkarens betydelse inom vårdteamet. *Stormningsetappen* är det andra stadiet då gruppedlemmarna har olika åsikter om hur gruppen skall fungera.

I vårdteamet som vi har studerat finns det flera intervjupersoner som anser att det medicinska tar över fokus på patientens behandling och detta bidrar till olika åsikter inom vårdteamet. Åsikter inte enbart mellan professionerna men också mellan det

naturvetenskapliga och det psykosociala området. *Normaliseringsstapen* är den tredje etappen som beskriver att gruppen riskerar att stanna i sin utveckling när den fastnar i sin gruppkultur, det vill säga den goda viljan. En konsensus inom vårdteamet var att varje teammedlem skulle ha den goda viljan som ett centralt tankesätt i sitt arbete med patienter i livets slutskede.

Den sista etappen är när gruppen når en fungerande nivå och kallas *den presterande etappen*. Denna etapp kännetecknas av att ledarskap varierar från möte till möte, där rollerna bygger på kompetens, och där det finns en öppen diskussion och enighet mellan medlemmar som innehar en stark känsla av solidaritet. Flera av våra intervjupersoner har förklarat för oss att det finns ett fungerande samråd gällande patientens behandling professionerna emellan. Förvisso visar empirin att det är precis så vårdteamsarbetet sker men eftersom det är ett naturligt fokus på det medicinska är det också naturligt att högsta företrädare för detta område är läkaren som omedvetet och i tysthet antar rollen som ledare för vårdteamet. Paradoxen är att professionerna arbetar väldigt hårt för att behålla detta varierande ledarskap som enligt Tuckmann och Jensen (1977) är måttstocken för att nå en fungerande nivå. Samtidigt kommer det dominanta naturvetenskapliga området av flera anledningar finnas kvar då det omedvetet finns där som en osynlig maktfaktor.

## Slutsatser

Utifrån studiens analys har nedanstående slutsatser dragits. Vi har utifrån empirin kunnat fastställa att nedanstående slutsatser hör till det som intervjupersonerna har funnit viktiga för vårdteamsarbetet. Vi anser att dessa svarar mot vårt syfte, det vill säga att öka kunskapen om samverkan inom det tvärprofessionella vårdteamet i en palliativ vårdverksamhet betraktat utifrån de olika professionernas perspektiv samt att undersöka hur mycket de psykosociala aspekterna i patientens dagliga vård kommer i fokus.

I temat *Det medicinska tar över* har vi kommit fram till följande. Det har beskrivits för oss att vårdteamets fokus är inriktat på den medicinska delen av patientens välbefinnande. Läkaren företräder det naturvetenskapliga området och har den högsta positionen och statusen inom vårdteamet. Vidare att den psykosociala delen av patientens välbefinnande blir lidande då den kommer i skymundan för patientens fysiska välbefinnande.

- Att det finns en naturvetenskaplig dominans gällande patientens behandling<sup>1</sup>.
- Profession som företräder det naturvetenskapliga området, det vill säga läkaren, innehar den högsta statusen inom vårdteamet.
- Att den psykosociala delen av patientens välbefinnande kommer i skymundan, då patientens fysiska välbefinnande betonas mer.

I temat *Vem styr vem* har vi kommit fram till följande. Det har beskrivits för oss att det är viktigt med väldefinierade yrkesroller samt att individerna känner sig trygga i sina professionsroller för att kunna företräda dem. Individperspektivet är viktigt för hur rollen framhävs, det vill säga om en individ inte vågar uttrycka sina åsikter gällande patientens behandling. Gentemot andra professioner kan det resultera i att professionen inte räknas med. Vidare har det beskrivits att det finns viktiga egenskaper som vårdteamet belyser såsom att bli behandlad med respekt, och att ha en väl fungerande kommunikation professionerna emellan.

---

<sup>1</sup> När vi påtalar en naturvetenskaplig dominans, syftar vi på patientens medicinska behandling.

Intervjupersonerna anser att lyhördhet för olika professionsåsikter är viktigt och att det är väsentligt att alla teammedlemmer delar samma syn gällande hur man skall bedriva vårdteamsarbetet. När enheten inte har något samverkansdokument för hur det tvärprofessionella teamet skall samverka runt patienten kan detta bidra till att det uppstår konflikter professionerna emellan.

- Att det är viktigt för vårdteamets sammanhållning att det finns väldefinierade yrkesroller.
- Att det är viktigt för individerna att känna sig trygga i sina yrkesroller då detta gör att de klarar av att företräda sin roll samt att individperspektivet påverkar hur rollen framhävs.
- Att vårdteamsarbetet professionerna emellan ska byggas på viktiga egenskaper såsom kommunikation, respekt och lyhördhet.
- Att framträdandet av professionen skadas då individen inte vågar uttrycka sina åsikter gällande patientens behandling gentemot andra professioner.
- Avsaknaden av ett samverkansdokument leder till att det uppkommer konflikter professionerna emellan då professionerna har svårt att positionera sig dessutom kan detta gynna den naturvetenskapliga dominansen.

I temat den goda viljan har vi kommit fram till följande slutsatser. Det har beskrivits för oss att den goda viljan skall vara ett centralt tankesätt då man arbetar inom palliativ vård. Det har också framförts i våra samtal att det dock är viktigt att man inte låter den goda viljan styra hur man utövar sin profession då detta kan leda till gränsöverskridande mellan professionerna.

- Att det finns en konsensus att vårdteamsarbetet med patienten skall bedrivas med den goda viljan och att den goda viljan har åtagits av vårdteamet som deras vision för patientens behandling.

- Att den goda viljan skapar en paradox inom vårdteamet. Samtidigt som den har anammats av vårdteamet som en vision försvårar den vårdteamsarbetet och leder till gränsöverskridande mellan professionerna samt hindrar utvecklingen.

## Diskussion

Ett återkommande inslag i intervjuerna var att alla intervjupersoner betonade att den medicinska aspekten av patientens välbefinnande vägde tyngst. Vi bedömer också att situationen är så, men menar att detta kan förklaras. Patienter som befinner sig i livets slutskede har svåra smärtor, det behövs medicin och medicinsk kunskap för att dessa patienter skall ha möjlighet att leva sin återstående tid smärtfria. Om en patient inte är smärtlindrad hamnar smärtorna i fokus för patienten och personalen. Alla professioner som intervjuades uttryckte att en patient som har svåra smärtor får svårt att genomgå psykosociala samtal eller möten.

Vårdteamet hade flera olika förslag till varför det medicinska tar över, och intervjupersonerna förklarade detta med att patientens smärtproblematik ska prioriteras enligt WHO:s riktlinjer för palliativ vård. Vårdteamets frustration låg inte i att patientens smärtor fick komma i första hand utan snarare i att vårdteamet blint accepterade att det naturvetenskapliga området fick företräda hela den palliativa vården. Vidare uttrycktes en uppgivenhet bland professionerna gällande att läkaren upphöjs av samhället och patienterna som den självklara ledaren. På grund av sina kunskaper och långa utbildning hamnar läkaren i denna position vare sig denne vill det eller inte. Dock kunde vi utifrån våra samtal med vårdteamet förstå att läkaren var medveten om detta och försökte tona ner positionen. Vår kommentar till detta blir att om palliativ vård bedrivs i en sjukvårdsmiljö blir det naturligt att det är sjukvårdsspelregler som gäller, det vill säga att det medicinska tar över. Cicely Saunders påpekade just denna företeelse då hon startade hospicerörelsen. Vi bedömer också utifrån våra intervjuer att det är vårdteamets öppna kommunikation gällande den naturvetenskapliga dominansen som gör det möjligt att samverka professionerna emellan. Vi anser det viktigt att belysa att om frustrationen inom vårdteamet får utrymme att växa sig större kan det skapa ett ansenligt spänningsfält mellan dessa två områden som omöjliggör vård utifrån en helhetssyn.

Speck (2006) belyser att om det inte finns en klar förståelse eller uppfattning om vad som är professionens ansvarsområde kan det leda till en inbördes konkurrens där alla professioner känner att *det här är min patient*. Utifrån empirin uppfattar vi att alla professioner i vårdteamet har en tydlig bild av sitt eget och de andra professionernas ansvarsområden. Denna förståelse för varandras arbete gör att vårdteamet inte känner av den konkurrens som Speck beskriver. Dock framkom det under våra intervjuer att det kunde förekomma en känsla av rivalitet då det var viktigt för vissa professioner att framhäva betydelsen av sina egna roller



inom vårdteamet. Enligt våra intervjupersoners kommentarer försvårade detta den viktiga helhetssynen.

Ett exempel på tydliga roller inom vårdteamet är sjuksköterskans roll då denne ser sig själv som navet i vårdteamet samtidigt som alla professioner anser att sjuksköterskan, på grund av sin nära omvårdnad av patienten, innehar den centrala rollen i vårdteamet. Denna roll bär med sig ett stort ansvar för att vidare kommunicera patientens status till de professioner som arbetar med patientens psykosociala och existentiella välbefinnande. Vi vill dock betona behovet för sjukhuskuratorn att bilda sig en egen nära relation till patienten för att dennes kompetens ska komma till sin rätt. Vi ställer oss frågande till hur man kan bedriva en helhetsvård om möjligheter inte finns för alla professioner att komma till sin rätt.

I våra samtal uppgav alla professioner vikten av den goda viljan. Dels då det gäller strävan från varje profession att tillhandahålla patienten en helhetsvård, dels att det ska finnas en stark vilja att arbeta tillsammans professionerna emellan. Den goda viljan blev vårdteamets drivkraft att aktivt samarbeta med varandra, någonting som vi bedömer att vårdteamet förverkligade. Enligt intervjupersonerna kan dock den goda viljans drivkraft skapa problem då den kan leda till gränsöverskridande professionerna emellan. När läkaren eller sjuksköterskan befinner sig i en position då medicinska åtgärder är uttömda blir det lätt att den goda viljans drivkraft uppmuntrar till att överskrida professionsgränserna. Deras agerande försvårar inte enbart samarbetet inom vårdteamet utan kan i förlängningen även skada relationerna professionerna emellan. Detta befäster ännu en gång den naturvetenskapliga dominansen inom vårdteamet.

Byström (1995) beskriver att sjukhuskuratorernas avsaknad av både en naturvetenskaplig och medicinsk bakgrund kan bidra till konflikter inom vårdteamet. Gränsöverskridandet ansågs av intervjupersonerna som en sådan konflikt. De psykosociala professionernas arbete med patienten är mindre inriktat på att åtgärda och mer fokuserat på att lyssna in, samtala och vägleda jämfört med det mer åtgärdsinriktade medicinska professionerna. De uttryckte att detta kunde leda till att de naturvetenskapliga professionerna inte ansåg att det behövdes särskilda kunskaper för att utföra ovan nämnda, det vill säga att ”vem som helst” kan lyssna in och det blev då lätt att överskrida professionsgränserna.

Det har framförts av vårdteamet att det är viktigt med väldefinierade roller och att dessa är en förutsättning för ett bra samarbete inom vårdteamet då det består av flera professioner. För att kunna uppnå väldefinierade roller är det viktigt att individen som företräder rollen gör det på ett trovärdigt sätt. Trovärdigheten skapar tillit från andra professioner att individen

kommer att utföra sitt arbete väl och att denne inte utgör ett hot för vårdteamsarbetet. Det palliativa vårdteamet består av olika yrkesprofessioner som var och en vill företräda sin profession inom vårdteamet. Då är det lätt att en blyg individ inte kommer till tals. Ingen bjuder in till samtal om man inte vågar göra det själv. Vi menar att individperspektivet spelar en väsentlig roll för hur professioner företräds i denna mätbara naturvetenskapliga värld och att det är viktigt att den som leder teammötena alltid tänker på att alla professioner ska komma till tals, annars är inte detta ett helhetsperspektiv.

Det tvärprofessionella vårdteamets samverkan bygger på en konsensusstanke, det vill säga att alla professioner i grunden arbetar utifrån WHO:s generella riktlinjer som förklarar vilka aspekter som ska finnas med i vårdteamsarbetet med patienter som befinner sig i livets slutskede. Däremot finns det inga direktiv på hur vårdteamets professioner skall arbeta tillsammans, ett så kallat samverkansdokument. Ett sådant dokument kan vara till nytta för att förklara de olika professionernas specifika områden samt när det uppstår konflikter. Om det uppstår konflikter så löses det idag utifrån ett gemensamt samförstånd, någonting som är möjligt på grund av att vårdteamet har en välfungerande kommunikation och respekt för varandra. Vi vill belysa vikten av ett samverkansdokument då det kan vara till hjälp för professionerna på flera sätt. Det kan ge viktig vägledning till professionerna att positionera sig och inta sin plats samt att den kan bidra till att minska den medicinska betoningen.

I våra samtal diskuterades läkarens status i vårdteamet och som vi tidigare har nämnt fanns det en stor frustration från de andra professionerna över detta. Vi anser att läkarens status i vårdteamet är en naturlig följd av att denne faktiskt har den längsta utbildningen, denne har den största medicinska kunskapen om människokroppen samt att denne har det övergripande ansvaret. På så sätt blir läkaren enligt vår mening den centrala professionen för patienten. Detta kan skapa samarbetsproblem men vi anser att vårdteamet måste ha fokus på vad som är viktigt för patienten och inte vad som är viktigt för professionerna. I våra samtal fick vi en känsla av att professionerna skulle komma fram till varje pris på grund av att det bedrivs tvärprofessionell vård.

Denna studie har gett oss en bild av att den palliativa vården bedrivs i en arbetsmiljö som kräver både en psykosocial och medicinsk omvårdnad av patienten. Därför är det viktigt enligt vår mening att det upprätthålls en bra samverkan mellan de yrkesprofessioner som representerar både områdena. Vi anser att vårdteamet bejakar detta på ett bra sätt då alla professioner kommunicerar med varandra och är uppmärksamma på att behandla varandras olika professionsåsikter med lyhördhet och respekt. Utan dessa egenskaper som

intervjupersonerna betonar som viktiga för samverkan kan det bidra till att vården bedrivs utan en helhetssyn, ett nyckelbegrepp för palliativ vård enligt WHO.

Det har framgått av vår undersökning att flera områden skulle kunna vara lämpliga att undersöka vidare. Vårdteamet anser inte att patienternas existentiella oro får den plats den behöver. I det vårdteam vi studerat ingår det ingen profession som ansvarar för detta men vårdteamet kallar in en präst om patienten så önskar. De befintliga professionerna inom vårdteamet blir själva tvungna att hantera denna oro. Någonting de anser sig ha svårt att bemöta på grund av tidsbrist och bristande kunskap. Vi vill med detta tillägga att det skulle vara av vikt att göra en studie om hur man på ett bra sätt kan få fram ett existentiellt fokus i vårdteamet.

Sjukhuskuratorns profession har svårt att hitta sin plats i den naturvetenskapliga dominerade miljön och som vi tidigare har nämnt finns det åsikter inom kåren att en legitimering skulle råda bot på detta. Vi vill med detta lägga fram att det skulle vara av vikt att undersöka de förändringar en legitimering skulle kunna innebära för kuratorsyrket.

## Referenslitteratur

- Atwal, Anita., & Caldwell, Kay (2005). *Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 268-273.
- Bourdieu, Pierre., & Broady, Donald. (Red.). (1992). *Texter om de intellektuella: en antologi*. Stockholm: Brutus Östlings bokf Symposion.
- Bourdieu, Pierre (2004). *Science of Science and Reflexivity*. United Kingdom: Blackwell Publishers.
- Byström, Ulla (1985). *Kuratorsarbetet inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges socionomers, personal- & förvaltningstjänstemäns riksförbund.
- Cott, Cheryl (1998). *Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. Sociology of Health and Illness*, 20, (6), 848-873.
- Davidson, Bo., & Patel, Runa (2003). *Forsknings-metodikens grunder: Att planera, Genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet (2002). Tillgänglig den 22 maj 2010 ([www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf](http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf)). Elanders Gotab.
- Foucault, Michael (1977). *The Birth of the Clinic*. London, New York: Routledge.
- Granér, Rolf (1994). *Personalgruppens psykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjortsjö, Maria (2005). *Med samarbete i sikte: om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Lund: Socialhögskolan, Lunds Universitet.
- Holme, Idar. Magne., & Solvang, Bernt. Krohn (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och Kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jünger S, Pestinger, M, Elsner F, Krumm N., & L Radbruch. (2007). *Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams: Palliative Medicine*; 21: 347–354.
- Karlsson, Gunnar (1995). *Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Kvale, Steiner (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lennér Axelson, Barbro & Thylefors, Ingela (2005). *Arbetsgruppens Psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lennér Axelson, Barbro & Thylefors, Ingela (1997). *Om konflikter Hemma och på jobbet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lindberg, Kajsa (2009). *Samverkan*. Liber: Malmö.
- Olsson, Siv (1999). *Kuratoren förr och nu*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete Kompendiet.
- Repstad, Pål (2007). *Närhet och distans: kvalitativa metoder i samhällskunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Repstad, Pål (2005). *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Reynolds Francis (1999). *When models of health care collide: a qualitative study of rehabilitation counselors reflections on working in physical health care settings: Journal of Interprofessional Care*, 13, (4), 367-379.
- Rintala, DH, Hanover, D, Alexander, JL, Robert, W, Sanson.Fisher, RW, Willems., & EP, Halstead Ls. (1986). Team care: An analysis of verbal behavior during patient rounds in a rehabilitation hospital. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67, (121), 118-122.
- Speck, Peter (2006). *Teamwork in palliative care: Fulfilling or frustrating*. Oxford: University Press.

- SOU 2001:6 <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2782> Tillgänglig (25/3/10).
- Starrin, Bengt., & Svensson Per-Gunnar (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Svedberg, Lars (2003). *Gruppsykologi: Om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Thylefors I, Persson O., & Hellström D. (2005). *Journal of Interprofessional Care*, 19, 2, 102-114.
- Thylefors, Ingela (2007). *Arbetsgrupper: Från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tomassen, Magdalene (2007). *Vetenskap, Kunskap och praxis: introduktion till Vetenskapsfilosofi*. Lund: Gleerups.
- Tuckman, Bruce & Jensen, Mary-Ann (1977). Stages of small group development revisited: *Group and organization studies ABE inform Global s. 419*
- Walter, Tony (2005). *The Revival of Death*. London, New York: Routledge.
- Whitaker, Anna (2009). *Åldrande, död och anhörigskap*. Stockholm: Gleerups.
- Wingfors, S. Stina (2004). *Sociomyrkets Professionalisering*. Göteborg: Department of Sociology, Göteborgs universitet.
- World Health Organisation (WHO) (Ref: National cancer control programs: policies and managerial guidelines, 2<sup>nd</sup> ed. Geneva, World Health Organization, 2002. Svensk översättning: Kenne-Sarenmalm E, Fürst CJ, Strang P, Ternestedt BM, tagen 24 mars 2010 <http://www.nrpv.se/pages/589.asp?menuID=257& menuColor=%2399CC00>)

## **Bilagor**

### **Intervjuguide**

#### Bakgrund och arbetsbeskrivning

1. Berätta kort om din bakgrund till exempel: ålder, hur länge du har arbetet och när du tog examen
2. Vad är dina huvudsakliga uppgifter (arbetstid, vad en dag består av?)

#### Samverkan/Teamarbetet

1. Vem är det som tar besluten inom teamet?
2. Om jag säger ordet vårdteam, vad betyder det för dig?
3. Om jag säger ordet samverkan, vad betyder det för dig?
4. Du har en specifik yrkesroll i teamet, vad tycker du att din yrkesroll bidrar med i teamarbetet?
5. Hur ser din framtidsvision ut gällande teamarbetet? Tycker du att det fungera som den är eller hur skulle du vilja förändra det?
6. Upplever ni att vårdteamet arbetar utifrån WHO:s riktlinjer för palliativ vård?
7. Vad tycker du är de viktigaste egenskaperna när det gäller att kunna jobba tillsammans i ett team
8. Är teamet bestående eller föränderligt?
9. Kan du ge exempel på när samverkan har fungerat bra?
10. Kan du ge exempel på samverkan när den inte har fungerat?

#### Samverkan med andra yrkesgrupper

1. Saknas det kompetens i teamet och i så fall vilken? Eller ni kanske tycker att det är för mycket kompetens. Vilket i så fall kunde falla bort?
2. Vilken yrkesprofession har högst status här?
3. Vad är det enligt dig som dominerar i arbetet runt patienten?
4. Hur mycket av din arbetsdag svarar du på psykologiska eller existentiella frågor?
5. Har du en känsla för hur din yrkesroll uppskattas av de andra i teamet?
6. Hur fungerar stora team möten, känner du att din yrkesroll får tid och plats?

**Stort tack för ditt deltagande/June och Roberth**

## Samtyckesavtal

Vi är två studenter som läser socionomprogrammet med inriktning mot etik och livsåskådning på Ersta Sköndal högskola, Institutionen för socialt arbete. I vår C-uppsats vill vi öka kunskapen om hur samverkan fungerar i ett palliativ vård team betraktat utifrån de olika professionernas perspektiv.

Intervjun kommer att äga rum på tid och plats som passar teamet och beräknas ta cirka en timme. Samtalet kommer att spelas in på band för att sedan skrivas ut till text. Namn, professionsbenämning eller andra personuppgifter kommer inte att finnas med i texten. Medverkan i studien är givetvis helt frivilligt och kan av intervjupersonen avbrytas när som helst.

Allt material behandlas konfidentiellt och vi försäkrar er största möjliga anonymitet. Vi kommer inte att röja er identitet eller på något sätt hantera de uppgifter Ni lämnar till oss på ett oaktsamt sätt. Resultatet kommer att redovisas i form av en C-uppsats, denna kommer att finnas tillgänglig via Ersta Sköndal Högskolans bibliotek. Vid önskemål om eget exemplar av den färdiga C-uppsatsen skickar vi gärna ut efter att erhållit adressuppgifter.

Vi som genomför studien heter June Boström och Roberth Lundeberg.

Jag är härmed införstådd med texten och godkänner till samtycke

Ort och datum

Underskrift