



**CHALMERS**  
UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

---

# **Interprofessionellt samarbete inom Folktandvården Västra Götaland**

## **Förutsättningar för implementationens genomförande**

Master's thesis in Quality & Operations Management

Maria Westerlind

# Interprofessional Collaboration Folktandvården Västra Götaland

Preparations and necessary areas of progress Folktandvården Västra Götaland

©Maria Westerlind, 2015

Department of Technology Management & Economics

CHALMERS UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

Göteborg, Sweden 2015

Examensarbete No.: E2015:008

Examiner/

Supervisor: Andreas Hellström  
Department of Technology Management & Economics  
Chalmers University of Technology  
SE-412 96 Göteborg  
Sweden

Performed at: Folktandvården Västra Götalandsregionen

Supervisor: Anders Molander

## Extended Abstract

The purpose of this work is to analyse what possibilities there are to incorporate interprofessional collaboration (IPE) within Folktandvården (public dental healthcare system) in the Västra Götaland region. The study primarily looks at the main areas of improvement for a successful incorporation of interprofessional collaboration within Folktandvården. Folktandvården has a need to meet its goals for 2015 where the ratio dental hygienist/dentist is set to be 1:1. Folktandvården sets their hope for success with this ratio to interprofessional collaboration.

The study is built on a theoretical background where questions for the different clinics were formed to be used during interviews. As well as internal data collecting from the organisation itself to show the overall mentality and which areas are more acute for change of the clinics in the region to be able to successfully incorporate IPE on a day-to-day work basis.

At the heart of this study lies a WHO publication that presents interprofessional collaboration as the solution to employee shortage within the healthcare system on local and global levels. In the theory chapter a number of theories are presented significant to the subject at hand as well as the organisation that the study is to be implemented in.

Starting off in organisational theory with Mintzberg's structure in fives; presenting the five pillars of organisational theory. Folktandvården organisationally fits within the frame of professional bureaucracy. The core of professional bureaucracy lies with standardization of skills it is built by individuals, the organisational core lies with the experts working at the bottom of the organigram (Mintzberg, 1983) (see picture 2, p.7). The organisation can be governed from the top structure by goals and guidance lines however the true power lies with the experts at the bottom of the organisation since at the point of delivery to the customer or as in this specific case the patient, it's the professionals expertise that governs which solution that should be used.

When looking at incorporating IPE the organisational culture is important to be familiar with, as the changes may be stopped at floor level if the organisational culture is not open for change. IPE builds on a collaboration and joint effort of the employees and as such it is important that the employees work along the same lines and towards a shared goal. In order to map the culture in the organisation Edgar Schein's mapping of external and internal adjustment is used (p.8). Using this map and making sure that the employees agree on the specifics of the map helps to align goals and procedures within the workforce. Schein also presents how groups identify with each other through a list of exemplified artefacts, the group can be helped into feeling more like a united entity by aligning physical aspects, see table 2, such as similar clothes, united areas for communication and behavioural aspects that are agreed upon such as communication patterns, traditions and certain joint rituals like everyone having a cup of coffee together before the workday sets off.

Regarding at which point interprofessional collaboration should be introduced to an organisation and how it should be introduced, the meanings of scientists differ. It has been shown that efforts performed with IPE at the workplace have had a greater success than those efforts where IPE has primarily been introduced on university level (Armitage, Connolly, & Richard, 2008). Some of the greatest obstacles for an IPE change process to overcome within Folktandvården are spatial e.g. environment, shape of workplace and hierarchy in the workforce.

In any change process there are four major points to be addressed if the change towards a more team based work is to be successful, incorporating IPE is no different and those four core points are: professional identity, rivalry, history & culture and status & prejudice. In an environment such as dental care there are strong hierarchies at work and those are more often than not supported by language use specific to the profession. The team needs to learn in what ways to communicate with each other in such a way that the hierarchies are diminished and not enforced. For a team effort to be successful the core points need to be addressed, in order to be able to address these four main points the organisational culture is a good place to start. In times of change and new ideas, good leadership is vital, the leadership needs to be in accordance with the changes at hand. The author has chosen to present a chapter about leadership, also introducing a little bit of background and the different types of leadership that exist. For a team-based change to be as successful as possible it is likely that a transformative leadership is a good way to start out. A transformative leader is good at starting up and maintaining changes within an organisation with a focus on mutual targets, needs, participation, motives and values that enable social change. For the transformational leader the main objective is to create a value of unity for the group.

When working in teams there are a few primary points that enables a healthy team environment.

- The team needs clear goals for the work at hand and a clear path of how to reach those goals.
- The constitution of the team should support joint efforts, vital for the progress of the team is good communication.
- The organisation where the team works need to be supportive of the team effort.
- The team needs the possibility to be given guidance in order for each team member to be able to reach its true potential.
- Members of the team are unanimously accountable for the actions of the team and the results presented by the team.

Three clinics were visited during the data collection phase, showing some of the different ways of work that exist in the region. The clinics varied in size but also in location, one was placed in the city-centre, one in the suburbs and the third clinic was based on the countryside. The clinics had different customer groups, the large clinic worked mainly with a patient-base from a different ethnicity than Sweden, the

medium sized clinic was mainly meeting the needs of upper middle class patients and the countryside clinic had a mixed variety of patients. This is important to keep in mind since the different patient groups have different needs that have to be met as well as different dental health status to start with.

Clinic Location	Size	Socioeconomic aspects
City-Centre	Large	Foreign ethnicity
Suburb	Medium	Upper-Middle Class
Countryside	Small	Mixed

The professions, both dental hygienist and dentists on all clinics lifted lack of time as being one of their primary concerns when performing their work. The dentists explained that they had time to take care of their patients but when the dental hygienists needed their aid the dentists felt that they could not always give them the help needed due to the tight time schedules. The dental hygienists in turn explained that they more often than not felt like they could not really ask the dentists since that usually resulted in delays for themselves and their patients.

During the interviews the subject of communication was addressed. Both professions felt that there was not a completely adequate forum for discussions and questions to be addressed in. Lack of communication was a natural result of the lack of areas to interact and forums to lift views and ideas. At this point there is another important aspect of human care services that take part within hospital environments and dental care, namely hierarchy.

The analysis shows several problems when an incorporation of IPE is wanted; the clinics lack a standardised way of sharing information. Communication interfaces are hard to find and when they exist are local to the clinic. The hierarchy is strongly set amidst the workforce, heavily supported by the current journal- and time-systems, the patients are "owned" by either a dentist or a dental hygienist in the computerised system.

Indications show that joint therapy meetings can help to increase communication as well as patient centred care. By introducing shared meetings across professional borders the road to interprofessional collaboration hopefully is made a little bit brighter. Working towards a team-based dental care experience will hopefully help to minimize the threat that the professions may feel towards their professional identity.

A lot of time seems to be put on information to the patients, a good thing when working with patients however it can be overdone and repeating of information is not always a good thing. The overall customer/patient experience is not enriched by repeated information and double messages, there needs to be a common way to communicate both among colleagues and when meeting with patients; giving

repeated information is not value adding but time consuming and gives less of an experience for the patients.

The thesis presents a theoretical approach to how IPE can be introduced and what needs to be addressed in order to make an IPE successful within the region and clinics of Västra Götaland in order to meet the 1:1 goals of 2015.

## Sammanfattning

Syftet med denna studie är att analysera vilka förutsättningar som finns för att införa interprofessionellt samarbete (IPE) inom Folktandvården Västra Götaland. Studien fokuseras primärt på de områden som är avgörande för en lyckad införel av IPE inom Folktandvården i Västra Götaland. Folktandvården behöver verktyg för att kunna möta sitt tidigare beslutade mål om ett förhållande på 1:1 för tandhygienist/tandläkare som skall vara uppfyllt under 2015.

Studien bygger på teoretisk bakgrund som behandlar de huvudområden som forskning har visat behöver beaktas och hanteras vid införel av interprofessionellt samarbete. Utifrån den teoretiska bakgrunden har frågor för intervjuerna tagits fram. Data från organisationen i form av medarbetarenkäter genomförda på Folktandvården i Västra Götalands 105 kliniker har också använts i studien. Medarbetarenkäterna gav en holistisk bild över de största förbättringsområdena som finns inom regionen för att en lyckad satsning på IPE skall vara möjlig att genomföra.

Analysen belyser en del möjliga områden som behöver extra uppmärksamhet; indikationer finns att klinikerna saknar ett gemensamt sätt att dela information. Kommunikationsytor och gränssnitt är till synes lokalt utformade om de finns och skiljer sig mellan klinikerna. Hierarkin i arbetsgrupperna är till synes starkt befäst och journalsystemet och tidsbokningen är utformade så att de understödjer det hierarkiska systemet, patienterna "ägs" antingen av en tandläkare eller en tandhygienist i tid-bokningssystemet.

Tre kliniker besöktes under datainsamlingsfasen. De valdes ut på grund av sin storlek och geografiska placering. En stor klinik placerad i storstad, en medelstor klinik placerad i en förort och en liten klinik placerad i lantorten.

Geografi	Storlek	Socioekonomiska aspekter
Storstad	Stor	Låg-inkomst/ etnisk
Förort	Medelstor	Hög/ Medel- inkomst
Lantort	Liten	Blandad

Samtliga kliniker gav intrycket att mycket tid läggs på patienterna vilket är en mycket god sak ur patientsynpunkt, dock inte när den tid som läggs på patienterna inte är strukturerad och effektiv, till exempel information som upprepas för

patienten. Upprepad information ger inte någon berikning till upplevelsen. Ett behov för kommunikation både mellan kollegor och mellan professionerna och patienterna verkar finnas, ett genomarbetat sätt för att delge rätt information vid rätt tidpunkt och utan överflödig upprepning.

Arbetet presenterar en teoretisk ram för hur införandet av IPE skall lyckas inom Folktandvården i Västra Götaland.

## Table of Contents

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>SYFTE</b>	<b>3</b>
<b>AVGRÄNSNINGAR</b>	<b>3</b>
<b>OUTLINE</b>	<b>3</b>
INTRODUKTION	3
TEORETISK BAKGRUND	3
METOD	4
RESULTAT OCH SLUTSATS	4
<b>TEORETISK BAKGRUND</b>	<b>4</b>
<b>ORGANISATIONSTEORI</b>	<b>4</b>
<b>ORGANISATIONSKULTUR</b>	<b>7</b>
<b>INTERPROFESSIONELLT SAMARBETE (IPE)</b>	<b>9</b>
KONTEXT	13
LEDARKARAKTERISTIKA (TEACHER CHARACTERISTICS)	14
MOTTAGARKARAKTERISTIKA (LEARNER CHARACTERISTICS)	14
<b>LEDARSKAP</b>	<b>14</b>
<b>KOMMUNIKATION</b>	<b>19</b>
<b>TEAM</b>	<b>19</b>
<b>METOD</b>	<b>22</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>25</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>30</b>
<b>SLUTSATS</b>	<b>36</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>39</b>



## Inledning

Interprofessionellt lärande har varit en omtalad lösning på personalbrist och felbehandlingar sedan tidigt 70-tal, dock utan att några studier har kunnat bevisa om det faktiskt är så (World Health Organization, 2010). Först 2010 publicerades en studie från WHO där bevisen för dess potential för räddningen på personalbrist kunde styrkas.

WHO menar att genom effektiv interprofessionell utbildning kan man uppnå interprofessionellt samarbete vilket i sin tur effektiviserar och förbättrar dagens sjukvård. Vid publikation av rapporten från WHO ansågs det vara brist på personal med ca 4.3 miljoner anställningsplatser inom vårddyrkena, interprofessionellt samarbete ses som en reell lösning på detta problem på global nivå. (World Health Organization, 2010)

Man menar att genom enade team med god kommunikation kan medlemmarna i teamet arbeta tillsammans, de kan hjälpas åt att maximera varandras kunskap och förståelse genom de olika bakgrunder och synsätt de har. Med detta samarbete över yrkesgränser kan vården till patienterna och samhället styrkas och slipas till högsta kompetens på alla områden utifrån den bakgrund som varje del i teamet bidrar med, se fig.1 (World Health Organization, 2010)



Figur 1 Interprofessionellt samarbete (IPE) (World Health Organization, 2010)

I ett välfungerande interprofessionellt team förväntas de positiva effekterna vara bland annat (World Health Organization, 2010):

- Förbättrad produktivitet på arbetsplatsen
- Förbättrade patientvård
- Höjd moral hos de anställda
- Högre säkerhet för patienten
- Bättre åtkomlighet för patienten till hälso- och sjukvård.

Tandläkarutbildningen är femårig och efter avslutad utbildning arbetar en tandläkare främst med att ställa diagnoser på olika sjukdomar, behandla och förebygga skador i munhåla och käke, sätta in implantat och bryggor. Tandläkaren har också befogenhet att skriva ut vissa mediciner till exempel antibiotika och smärtstillande mediciner. Tandhygienister utbildas under två eller tre års tid och

efter avslutad utbildning arbetar tandhygienister med förebyggande munhälsovård. Tandhygienisten kan ställa vissa diagnoser och behandlar tandlossning, inflammation och karies samt rengöring av tänder och borttagning av missfärgningar och tandsten.

I Sverige idag finns en brist på personal inom tandvården; glesbygden har svårt att locka tandläkare samtidigt som storstäderna har enkelt att hitta tandläkare men för få platser som tas upp av tandhygienister. Västra Götalandsregionen har satt upp ett krav att vid 2015 skall relationen tandläkare/tandhygienist vara 1:1.

I och med detta beslut har behov av omstrukturering av arbetsätt hos tandläkare och tandhygienister uppkommit. I dagsläget genomför tandläkare många arbetsuppgifter som tandhygienister likväl kan genomföra. I grund och botten handlar det om att varje individ skall få möjlighet att använda sin kompetens till fullo och inte utföra uppgifter där kompetensen är överflödigt. Rätt kompetens till rätt arbetsuppgift.

Sett till Socialstyrelsens riktlinjer angående *God vård* och i synnerhet punkten, *Effektiv hälso- och sjukvård*, är uppfattningen att effektiv vård inbegriper såväl kostnadseffektiv som tidseffektiv vård både för vårdgivare och vårdtagare. Genom införandet av interprofessionella team i tandvården i Västra Götalands Regionen är förhoppningen att kompetensen hos de anställda skall användas på ett effektivare sätt där patientens välbefinnande såväl som de anställdas är i fokus. Förhoppningen är att interprofessionellt samarbete skall kunna möta upp de riktlinjer som presenteras av Socialstyrelsen i punkten effektiv hälso- och sjukvård och berika tandvårdsmiljön både för de anställda och för patienterna.

Önskan från Folktandvården i Västra Götaland har varit att titta närmare på dagens arbetsmetoder inom folktandvården och vilket behov det finns för införande av interprofessionellt samarbete samt vad för utmaningar för införande som finns i organisationen på kliniknivå. Förhoppningen är att med interprofessionellt samarbete kunna möta de mål och krav som kommer både från patient- och organisationsnivå för att möta riktlinjer där *Effektiv Hälso- och Sjukvård* är fokus för studien.

Interprofessionellt lärande definieras som *de tillfällen då medlemmar från två eller fler professioner lär med, av och om varandra för att förbättra samarbete och kvalitet på vård.* (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007). Åsikterna om var i utbildningen eller arbetslivet insatser för interprofessionell lärande bör göras går isär. Argument för inledande av interprofessionellt lärande från första året på utbildningarna finns, jämsides med de röster som menar på att det är först när teorin omsätts i praktik på arbetsplatsen som det verkligt interprofessionella samarbetet kan befästas (Armitage, Connolly, & Richard, 2008).

Problem som har visat sig relevanta i arbetsmiljöer där interprofessionellt samarbete önskas införas är bland annat inställningen arbetsgruppen har gällande samarbete. Det har visat sig att vid införandet av interprofessionella

samarbetsmetoder och arbete i team kan personer uppleva att deras professionella identitet hotas. Om hotet upplevs som reellt kan personen ifråga hindra införandet av interprofessionella arbetsmetoder och sänka teamprestationen. Det är således viktigt att bedöma hur stort motstånd, om något, det finns i arbetsmiljön. Formella och informella ledares inställning till förändringarna är viktiga att hantera för att gruppen som helhet skall acceptera eventuella förändringar. (McNeil, Mitchell, & Parker, 2013)

## Syfte

Syftet med den här studien är att se vilka förutsättningar det finns för att integrera interprofessionellt samarbete i den dagliga rutinen på Folktandvården i Västra Götalands Regionen.

## Avgränsningar

Studien inriktar sig på den allmänna tandvården för vuxna i Västra Götalands Regionen. Specialistklinikerna kommer således inte att beaktas då deras arbetssätt anses möta speciella behov från kund. Specialistklinikerna har således inte liknande utmaningar som allmänklinikerna i dagsläget och arbetssättet på dessa kliniker antas skilja sig från det arbetssätt som finns på allmänklinikerna.

## Outline

I följande avsnitt presenteras studiens olika delar i korthet.

### Introduktion

Inledningsvis presenteras Interprofessionellt samarbete på en internationell nivå för att sedan förklara efterfrågan på regional nivå i Västra Götaland. Problembakgrunden ämnar ge en insikt i varför studien är viktig, vad den bakomliggande tanken är och vad som har skapat behovet av att titta närmare på det specifika ämnet. Syfte och avgränsningar sammanfattar målet med studien och vad som inte behandlas.

### Teoretisk bakgrund

Den teoretiska bakgrunden är uppdelad i sex olika avsnitt, inledningsvis används Mintzbergs Structure in Fives för att utröna vilken typ av organisation folktandvården är och vilka förutsättningar samt motsättningar som det medbringrar.

För att förstå naturen av organisationer och samspelet mellan individer används bland annat Edgar Scheins modell över organisationskultur som presenteras i Mary Jo Hatchs bok om organisationsteorier.

Därefter presenteras teorier om interprofessionellt samarbete, vilka motsättningar som existerar vid införandet av IPE, vilka förväntningar man kan ha när man inför IPE i en organisation och vilka delar som är viktiga för att satsningen skall bli så

gynnsam som möjligt. De tre sista delarna som tas upp i den teoretiska bakgrunden behandlar ledarskap, kommunikation och teamstrukturer.

### Metod

Här presenteras tillvägagångssättet med studien, hur den har blivit utförd och vilka förhållningsätt som har använts.

### Resultat, diskussion och slutsats

Resultaten ifrån intervjuer på de tre klinikerna som besökts presenteras och medarbetarenkäternas kärnfrågor för IPE sammanfattas i resultatdelen och diskuteras i diskussionen. Vidare presenteras slutsatser för studien och frågor som kan vara intressanta att titta närmare på i framtiden.

## Teoretisk bakgrund

För att få en förståelse för de ämnen som påverkar IPE och en satsning på IPE presenteras en del teori om som ligger till gagn vid införande av IPE. Som ett första steg placeras organisationen på Henry Mintzbergs organisationskarta. Placeringen hjälper till att se vilka förutsättningar och motsättningar som är vanliga i likande organisationer. Här presenteras också de fyra andra organisationsstrukturer som Mintzberg kartlagt för att påvisa skillnaden mellan de fem olika organisationsstrukturerna.

Vid förändringar i organisationer och på arbetsplatser spelar den rådande organisationskulturen stor roll, hur medarbetarna tolkar olika situationer och speciellt vid en IPE satsning hur kommunikativ organisationen är. Interprofessionellt samarbete har främst fyra punkter som är avgörande där hierarki, kultur, status och rivalitet ses som kärnämnen. Vid förändringar i organisationer är det viktigt med ett ledarskap som är väl avvägt mot de förändringar som önskas genomföras, därför presenteras ett avsnitt om ledarskap där framförallt transformativt ledarskap och en demokratisk ledarstil är intressant för Folkvandvårdens situation. Interprofessionellt samarbete handlar om att de olika professionerna skall kunna samarbeta och enas om tillvägagångssätt, en teamprestation, för att teamkänslan skall kunna infinna sig måste en flytande kommunikation komma till skott vilket förklaras i de sista avsnitten i detta teorikapitel.

### Organisationsteori

Henry Mintzberg har i sin bok *Structure in fives* (1983) kartlagt organisationer, hur de är uppbyggda, vad som driver dem och hur de styrs. Mintzberg har delat in organisationer i fem huvudstrukturer, de fem strukturer presenteras i följande avsnitt där framförallt professionell byråkrati kan liknas vid folkvandvården.

*Enkel organisationsstruktur*, små företag, entreprenörsföretag, starka ledare. Typiskt har den enkla organisationsstrukturen en liten eller total avsaknad av technostruktur (analytiker, effektiviseringsavdelning, se fig. 2, sid 7), få stödenheter, väldigt liten skillnad mellan olika operativa enheter i strukturen och liten skillnad

mellan styrande positioner. Väldigt få arbetssätt är formaliserade, den enkla organisationsstrukturen är dynamisk och föränderlig under överinseende av en stark ledare. Den enkla strukturen har få eller inga specialister, den förlitar sig oftast på konsulter när behovet uppstår. Essentiellt sett är den enkla strukturen ett företag drivet av en persons idéer och personliga preferenser.

*Maskinbyråkrati* till exempel Posten, stålverk, stora bilföretag, massproducerande företag etc. Ett par strukturella likheter finns mellan dessa organisationer, framförallt så är deras operativa arbetssätt rutinstyrt. Många av arbetsprocesserna är korta och repetitiva således är de flesta arbetssätt högst standardiserade. Den här strukturen beskrevs först av Max Weber med standardiserade ansvarsområden, kvalificering, kommunikations kanaler och arbetsregler med tydligt definierad hierarki av styrning.

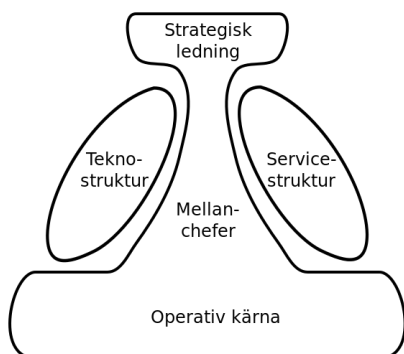
*Professionell byråkrati*, hit hör universitet, sjukhus, skolsystemet etc. Gemensamt hos dessa organisationer är att de förlitar sig på de anställdas kompetens och expertis. Den professionella byråkratin är byråkratisk utan att vara centraliserad. Arbete som utförs är repetitivt och i sak standardiserat men också ytterst komplext och måste därför styras direkt av de som utför arbetet.

*Divisionaliserad form*, i stort sett lik den professionella byråkratin på så vis att den är uppdelad i en mängd semiautonoma enheter sammanhängande genom en gemensam administrativ struktur. Till skillnad från den professionella byråkratin så är enheterna inte individer utan enheter av individer. Makten i den här formen är top-down styrd till skillnad från den professionella byråkratin där makten är mer bottom-up. Många stora företag, medlemmar av Fortune-500 har divisionaliserad form som organisations struktur. Varje enhet i den divisionaliserade formen har sin egen organisatoriska struktur, som ofta drar mot maskinbyråkrati. Divisionaliserad form som sådan har tonvikten på relationen mellan styrenheten och dess underliggande divisioner.

*Adhocrati*, används för att lösa ett specifikt problem, karakteriseras av hög innovations nivå, nytänkande. Adhocratin sammanfogar experter från olika områden i funktionella team inriktade på ett specifikt område. Ett bra exempel är NASA, uppbyggt för att vinna rymd racet till månen. Av de fem organisationsformerna är Adhocratin den som skiljer sig mest från klassiska management principer, speciellt vad gäller styrande. Adhocratin förlitar sig på experters kunskap och utbildning, beslutsvägar och arbetssätt är ofta informella och icke standardiserade. I den professionella byråkratin förlitar sig organisationen på den enskilda individens expertis, inom Adhocratin behövs individernas enade erfarenheter och kunskap för att komma fram till nya lösningar.

Tandvården kan ses som en professionell byråkrati där den grundläggande koordinationsmekanismen är standardisering av färdigheter. Tandvårdens organisation bygger på färdigheten hos de anställda, deras förmågor och kompetens. Organisationens effektivitet bygger på de anställdas kunskaper och expertis där de

anställda tas upp i organisationen på grund av sin utbildning och specialisering inom en profession.



Figur 2 Mintzbergs organigram, de fem huvuddelarna av organisationer. (Mintzberg, 1983)

De anställda inom folktandvården har hög autonomi inom sitt eget område och således är organisationen väldigt decentraliserad i vad Mintzberg refererar till som den horisontala dimensionen men också hög decentralisering i den vertikala dimensionen. Hög decentralisering i den vertikala dimensionen betyder att organisationens beslutsfattning till stor del utgörs av den professionella kärnan. Den anställda har hög autonomi i sitt eget arbete och utför detta relativt fristående från sina kollegor men arbetar samtidigt nära kunden. Den professionella byråkratiska strukturen lägger tonvikten på ledarskap av den professionella naturen, på expertis inom området. (Mintzberg, 1983)

Organigrammets (fig. 2) delar utgörs av den operativa kärnan i botten av organisationen, den operativa kärnan utför själva arbetet, i vårt fall tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor etc. Den operativa kärnan övervakas och styrs av den strategiska ledningen i toppen av organisationen. Teknostrukturen utgör en stödjande roll i organisationen, de utför administrativa åtgärder och överblickar organisationens funktion bakom ridån, till exempel ekonomi och resursstyrning. Slutligen finns en servicestruktur, den utgörs av de som hjälper till att underhålla organisationen till exempel caféer, serveringspersonal, städpersonal etc. Mellanchefer utgörs i organigrammet av alla de individer som inte tillhör den operativa kärnan eller den strategiska ledningen till exempel klinikcheferna hos folktandvården.

Makten i den professionella byråkratin ligger således hos den professionella gruppen i botten av hierarkin (operativ kärna), de vägar som finns för att påverka arbetet som utförs är genom kollegor och kundönskemål samt eventuellt viss styrning av mål från toppen av organisationen. Organisationens topp (strategisk ledning) utgör en stödjande funktion för den professionella gruppen utan direkt insikt och möjlighet att påverka hur arbetet utförs (fig. 2). Arbetssätt och träning utförs av universitet och inläring ifrån kollegor genom socialisering och gruppens dynamiska konfiguration. Förändring i byråkratiska organisationer såsom folktandvården är svåra att genomföra ovanifrån (top-down), de genomförs oftast

underifrån(bottom-up) genom efterfrågan från kollegor och nya idéer som individer för in. Förändringens genomslagskraft i organisationen är beroende av viljan hos de professionella utövarna att förändras och ta till sig nya idéer.

### Organisationskultur

Edgar Schein presenterade sin teori om organisationskultur i början av 1980-talet. Enligt Schein återfinns organisationskulturen i tre nivåer, på ytan finns artefakter under dem finns värderingar och normer för beteende och underst ligger en kärna av grundläggande uppfattningar och antaganden. Schein menar att kärnan i organisationskulturen utgörs av uppfattningar och antaganden.

Antaganden är det som medlemmarna i en organisation uppfattar som verklighet och därmed det som avgör hur de tolkar och känner inför olika saker. Antagandena tas för givna, alla medlemmar antar att de andra medlemmarna har samma uppfattning som de själva. Antagandena ligger så att säga utanför den egna personen och är därmed svåra att utvärdera specifikt. I industrialismens barndom antogs människan vara styrd av ekonomiska initiativ, därefter ansåg man att människan var rationellt lagd och försökte således förutsäga beteenden genom matematiska modeller och tidsmätning, på senare år har teorierna lutat mer mot självförverkligande och motivationsteorier, vad det är som får människor att känna sig motiverade i sin roll och i sitt arbete. Schein tar i sin teori upp sju antaganden om organisationskulturen de delas upp i två kategorier, extern anpassning(utanför organisationen) och intern anpassning(inom organisationen), se tabell 1. (Hatch, 2002)

Tabell 1 Scheins frågor om extern/intern anpassning (Hatch, 2002)

Extern Anpassning	Intern Anpassning
Konsensus skall skapas kring:	Konsensus skall skapas kring:
1. Organisationens och omgivningens centrala mål, funktioner och primära uppgifter.	1. De vanliga språk- och begreppssystemen som ska användas, inklusive grundbegreppen tid och rum.
2. De specifika mål som organisationen ska uppnå.	2. Gruppgränser och kriterier för medlemskap och tillhörighet.
3. De grundläggande redskap och metoder som ska användas för att mäta resultaten.	3. Kriterier för fördelning av status, makt och inflytande.
4. De kriterier som ska användas för att mäta resultat.	4. Kriterier för närhet, vänskap och kärlek i situationer som rör arbete och fritid.
5. Stöd- eller hjälpstrategier om målen inte uppnås.	5. Kriterier för att fördela belöningar och bestraffningar.
	6. Begrepp för att hantera det svårhanterliga – ideologi och religion.

Genom att kartlägga de ovanstående antagandena kan en indikation på hur vi bör hantera kulturen som finns närvarande ges. Vid förändringar är en viss mängd osäkerhet av nytta, den osäkerhet som skall finnas närvarande skall motivera människorna att förändra sig till det nya, förhoppningsvis bättre arbetsätt som organisationen försöker införa. Det är därför väldigt viktigt, speciellt i förändringssituationer att mål och kriterier för extern anpassning är nogt statuerade. Vad gäller intern anpassning är det kriterier för hur gruppen skall fungera gentemot sina medlemmar. I förändringstider kan det bli en del turbulens och förändring inom gruppen, det är då viktigt att vara medveten om hur sådan turbulens skall bemötas. Reglerna för intern anpassning underlättar för gruppen att tydliggöra gemensamma mål och att gruppen har en gemensam och tydlig startpunkt.

Varje kultur har olika *värderingar* som beläggs med olika mycket värde, de inbegriper sociala principer, mål och standarder. Värderingar handlar om vad som är rätt eller fel, vad medlemmar av en kultur bryr sig om och vad som är ok eller inte. Värderingarna används som moralisk och etisk tolkningsram för kulturen. I relation till antagandena är medlemmarna oftast i högre grad medvetna om de värderingar de upprätthåller men inte alltid. Värderingarna är allt som oftast förknippade med starka känslor. Framförallt blir medlemmarna av en organisation medvetna om sina värderingar då de utmanas till exempel när organisationen blir föremål för förändring. Värderingarna kan också ifrågasättas av medlemmar av organisationen som är nya, revolutionära eller outsiders.

Nära kopplat till värderingar befinner sig *normerna*, de är en mängd oskrivna regler som medlemmar av en kultur förväntas följa. I arbetslivet kan det handla om hur man uppför sig i lunchrummet, vad för klädsel som är socialt accepterad eller i vilka situationer du får eller inte får föra information vidare till högre instanser.

På den ytligaste nivån befinner sig *artefakterna* de är uttryck för de underliggande värderingarna och normerna. Artefakternas uppgift är att stödja och underhålla den kulturella kärna som utgörs av normerna och värderingarna. Med hjälp av artefakterna kan man finna ut hur delar av en kultur fungerar. De är de synliga, påtagliga och hörbara delarna av beteendet som bottnar i kulturella normer, värderingar och antaganden. För att bättre förstå vad som menas med artefakter presenteras några exempel i tabell 2. (Hatch, 2002)



Tabell 2 Organisationskulturens artefakter (Hatch, 2002)

Generell Kategori	Specifika Exempel
Fysiska manifestationer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konst, design och logotyper</li> <li>• Byggnader och inredning</li> <li>• Klädsel och utseende</li> <li>• Materiella objekt</li> <li>• Fysisk utformning</li> </ul>
Beteendemässiga manifestationer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceremonier och ritualer</li> <li>• Kommunikationsmönster</li> <li>• Traditioner och sedvänjor</li> <li>• Belöningar och bestraffningar</li> </ul>
Verbala manifestationer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anekdoter och skämt</li> <li>• Jargong, benämningar och smeknamn</li> <li>• Förklaringar</li> <li>• Berättelser, myter och historia</li> <li>• Hjältar och skurkar</li> <li>• Metaforer</li> </ul>

Artefakterna är klart synliga för utomstående, medlemmarna i en kultur kan vara medvetna eller omedvetna om artefakterna. Människor som arbetar tätt inpå varandra utformar ofta liknande beteenden, språk och klädstilar för att medvetet eller omedvetet påvisa grupptillhörighet.

När nya medlemmar tas upp i en kultur välkomnas de antingen för att deras värderingar stämmer överens med kulturens värderingar eller för deras förmåga att anpassa sig till gällande kulturella normer och värderingar. Kulturen kan förändras till exempel genom nya organisatoriska mål, dock kommer nya värderingar inte att gå in till grundläggande antaganden förrän de visar sig vara till organisationens och medlemmarnas fördel det är först då de sjunker ned till den omedvetna nivån av antaganden och blir en självklar grundsten för kulturen.

Viktigt att förstå när det gäller Scheins teori om organisationskulturer är att kulturen inte nödvändigt måste förändras inifrån och ut, de kulturella nivåerna är dubbelriktade således kan kulturen även förändras genom att ändra artefakterna och låta förändringarna sippra ned genom lagren till dess att de är en självklar del av kulturen.

### Interprofessionellt samarbete (IPE)

Forskarna tvistar om huruvida satsningen på IPE bör genomföras på universitetsnivå, i samband med studierna eller på arbetsplatsen där kunskap omsätts i praktik. Arbetsplatsbaserad införsel av IPE har visat sig ha en markant högre möjlighet att förbättra kvalitet och bättre gagna patienterna än vad liknande satsningar på lärosätena har haft (Armitage, Connolly, & Richard, 2008).

Interprofessionellt samarbete inom vården har en del hinder att överkomma, de i särklass största hindren är spatiala (miljö, utformning av lokaler etc.) och hierarkiska. De olika professionerna inom hälso- och sjukvård har inte alltid gränssnitt de träffas naturligt i. Även om gemensamma utrymmen finns och bestämda mötestider läggs upp kan akuta ärenden komma emellan och professionerna kan prioritera olika, en del tycker säkerligen att mötena är viktigast medan en del kommer prioritera allt annat före mötena. Det är då viktigt att motivera till allas medverkan på mötena, speciellt i inledningsfasen av IPE. Det hierarkiska hindret är också något som måste redas ut, ofta lyssnar de "lägre" professionerna alltför mycket till de "högre" (ex. sköterska vs. läkare). Den hierarkiska indelningen som ofta sitter djupt inrotad i vårdsystemen hämmar teambuilding och interprofessionellt samarbete. (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010)

Det finns bevis för att en av de viktigaste grundpelarna vid införelse av IPE är de som lär ut/faciliterar IPE satsningen. En studie utförd av Armitage et. al (2008) lade stor vikt på betydelsen av att utbilda de som i framtiden skulle komma att föra IPE satsningen vidare. Studien visade att facilitatorns främsta roll är att samarbeta och övervaka de som har störst inflytande över arbets sättet så att de kulturella värderingar och arbets sätt som tidigare varit befästa ändras med hjälp av de som har störst inflytande i praktiken.

De motsättningar som finns vid förändringar överlag skiljer sig inte från de motsättningar som finns vid införande av IPE, de är (Morison, Marley, & Machniewski, 2011):

- Professionell identitet
- Rivalitet
- Historia & kultur
- Status & fördomar

Oavsett i vilken fas (introduktion, mognad, stabilitet) en arbetsplats ligger i vad gäller IPE finns det alltid förutfattade meningar deltagarna för med sig in i satsningen och i sitt arbete. Om dessa förutfattade meningar är negativa mot satsningen har de visat sig kunna vara skadliga för genomslagskraften och den kunskapsöverföring som är önskvärd. (Morison, Marley, & Machniewski, 2011) Deltagarna kan ha uppfattningar om dels sin egen roll och dels andra medlemmars roller som försvårar gränsöverskridande arbete och kommunikation.

I en studie om tandvårdsteam av Morison et. al. (2011) presenteras fem teman som påverkar IPE. Studien genomfördes på studenter inom tandhygienist-, tandläkare- och tandsköterskeutbildningar.

1. *Egna professionella rollen och identitet i teamet*

En osäkerhet om vad ingående medlemmar i teamet hade kunskap att utföra skapade ett avstånd mellan kollegor där personerna inte visste vilken yrkeskategori de kunde remittera sin patient till då de inte hade närmare

förståelse för vad de olika yrkesrollerna kunde utföra. Tandläkarna blev ofta uppfattade som mer kunniga av tandhygienister och tandsköterskor. Det visade sig i studien att tandläkarna inte alltid kände sig bekväma att delegera arbetet eftersom de inte kände sig tillräckligt säkra i sin egen professionella roll. Tandsköterskorna i studien var trygga i sin roll och vidhöll att de var säkra i kunskapen om vad både tandhygienister och tandläkare kunde utföra, de uttalade att de kunde känna sig underlägsna de två andra yrkeskategorierna men samtidigt var de väl medvetna om vikten av deras insats i arbetet. Tandhygienisterna var trygga i sin roll men såg sig själva som lägre i hierarkin än tandläkare samtidigt som de placerade sig själva högre än tandsköterskorna i hierarkin, framförallt fick de sin trygghet från deras nära agerande med patienterna.

2. *Rollen i teamet och identitet av andra medlemmar i teamet*

Insikten och uppskattningen av de olika professionerna i teamet varierade beroende på yrkeskategori. I studien hade många av tandhygienisterna tidigare praktiserat som tandsköterskor och hade därmed en större insikt i tandsköterskornas värde för helheten. De hade också med sig uppfattningar om hierarkin på arbetsplatserna sedan tidigare anställningar, något de fortsatte att stödja ifrån sin nuvarande yrkesposition. Alla deltagare i studien positionerade relevansen av yrkeskategori utifrån ansvarsnivå för patienten.

3. *Hur individen uppfattas av andra*

Många av tandläkarstudenterna i studien upplevde att de placerades i en roll av sina medarbetare som de inte var beredda att axla. De trodde att rollen de gavs till stor del baserades på tidigare erfarenhet hos medarbetarna. En del av de tandhygienister de samarbetade med hade tidigare jobbat som tandsköterskor och där lärt sig en hierarki som tandläkarstudenterna inte kände sig helt bekväma med. Tandhygienisterna i studien var väl medvetna om hierarkin och kände att tandläkare och tandsköterskor behandlade dem som lägre i hierarkin än tandläkarstudenterna.

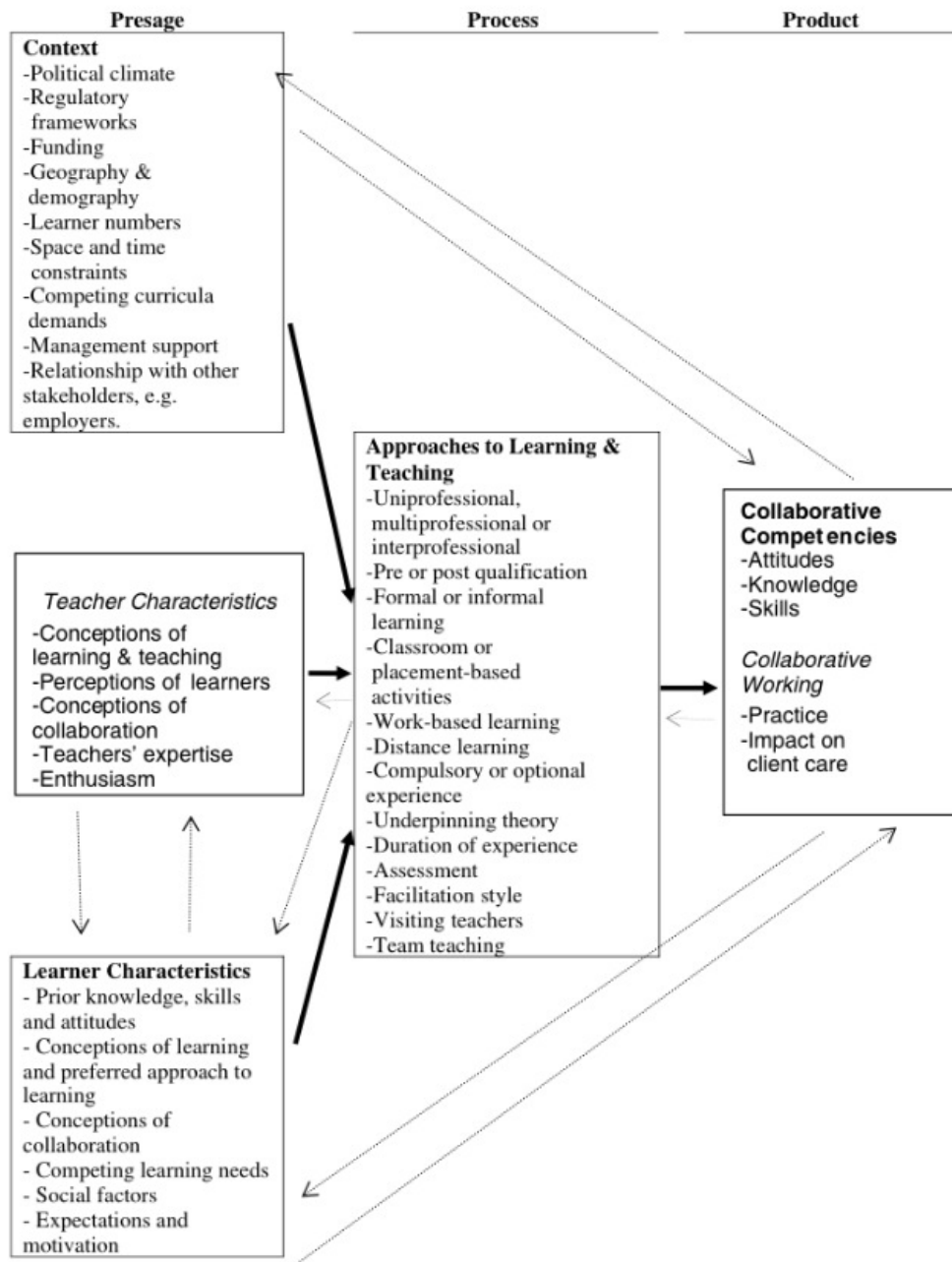
4. *Kommunikationsfärdigheter*

Alla deltagare i studien var överens om att hur de kommunicerade med medarbetarna påverkade hur väl teamet som helhet fungerade. De menade också att deras professionella identitet befästes allt eftersom de lärde sig kommunicera utifrån sin roll som tandläkare, tandhygienist eller tandsköterska. Tandläkarstudenterna kände att de hade gott självförtroende när de samtalande med patienter men inte alls lika säkra i kommunikationen mellan teammedlemmar. Främsta orsaken till detta lyftes fram som okunskapen kring vad medarbetarna kunde utföra för arbete. I och med den roll tandläkarstudenterna placerades i på kliniker av sina medarbetare var de rädda att "tappa ansiktet" och säga något som inte stämde överens med den professionella identiteten de behövde upprätthålla.

##### 5. *Vikten av utbildning*

Deltagarna i studien var eniga om vikten av att lära sig arbeta som ett team och att de borde få lära sig detta redan som studenter. Anledningarna till varför detta kändes viktigt gick isär. Tandläkarstudenterna kände att det var viktigt att lära sig arbeta som team eftersom de kopplade samman gott teamarbete med gott ledarskap och att det skulle göra dem till bättre ledare som kunde delegera på ett effektivare sätt. Tandsköterskestudenterna ansåg att ett bra teamarbete gav bättre vård för patienterna och att det var det viktigaste. Tandhygienisterna menade att ett gott teamarbete grundades i att lära sig om vad de olika professionerna spelar för roll och hur de påverkar helhetsbilden på en klinik. Oavsett profession var studenterna eniga om att ett bättre teamarbete ledde till bättre vård för patienten och att det i slutändan är det som är viktigast.

I sin studie om Best Practice presenterar Hammick et al. (2007) en modell (3P) för analys från Freeth & Reeves (2004) som deras studie bygger på. 3P modellen presenterar IPE på ett kondenserat sätt där de viktigaste komponenterna presenteras. Nedan presenteras den inledande delen (Presage) mer detaljerat se fig. 3.



Figur 3 3P-modell för analys av IPE (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007)

### Kontext

Interprofessionellt samarbete inkorporeras normalt sett i organisationer som önskar förbättra resultaten för patienter och yrkesverksamma. Införandet och efterfrågan av IPE kan antingen vara top-down eller bottom-up styrd. Exempel på top-down är till exempel riktlinjer från stat och landsting eller högre organisationsnivåer, bottom-up är när efterfrågan för ett mer interprofessionellt samarbete kommer från den undre delen av organisationen, i det specifika fallet

skulle detta således komma ifrån de professionellt yrkesverksamma inom folktandvården.

Även påtryckningar från omvärlden påverkar, det vill säga kundrelaterade påtryckningar för att till exempel minska antalet fel inom vården där IPE kan vara en möjlig lösning (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007). För bottom-up kan en möjlig efterfrågan skapas genom behov från kollegor inom professionen att lära sig hantera komplexa situationer där utbildningen inte räcker till utan erfarenhet av liknande situationer är den bästa metoden för att möta situationen, sådan erfarenhet som kan delas mellan kollegor.

#### **Ledarkarakteristika (Teacher characteristics)**

Grundläggande för efterfrågan på IPE är resurser såsom tid och plats, det vill säga utrymme för utövande av professionen och ledning.

IPE är tidskrävande; utrymme för att etablera god kommunikation och samarbete behöver finnas, det är ett kontinuerligt arbete och ledare i arbetsmiljön som förespråkar och faciliterar användandet av IPE måste finnas närvarande för att inte satsningen skall gå om intet. Hur väl införandet av IPE lyckas och hur länge det hålls vid liv i organisationen är helt beroende av den eller de personer som agerar ledare och lärare i IPE satsningen.

#### **Mottagarkarakteristika (Learner characteristics)**

Slutligen för de inblandade i IPE satsningen har vi målgruppen för IPE dvs. de professionella yrkesverksamma, i studien således de anställda på folktandvårdens allmänkliniker. Vid införandet av nya riktlinjer och idéer som skall genomföras i arbetsmiljön finns det allt som oftast ett visst motstånd hos individer och grupper. Detta bygger oftast på tidigare erfarenheter och attityd hos de anställda. Några av de nyckelkategorier som tas upp i 3P modellen är sociala faktorer, samarbete, motivation och hot mot egna professionen. (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007)

Sammanfattningsvis har IPE satsningar en del gemensamma nämnare de som har framkommit i en studie av Bridges et al. (2011) är bland annat attribut så som ansvar, redovisningsskyldighet, koordinering, kommunikation, samarbete, självsäkerhet, autonomi samt ömsesidig respekt och tillit till teammedlemmarna. Att förstå den egna rollen och medarbetarnas roller är en kritisk del av IPE.

De två sista rutorna i 3P-modellen (fig 3, sid 13) under "process" och "product" ligger utanför den här studiens ramverk men kan ändå ge en indikation om vilket resultat som är önskvärt och vad som är viktigt på vägen dit. Speciellt ledarskap (teacher characteristics) anses som en viktig del i processen mot interprofessionellt samarbete och därför presenteras det mer ingående i nästa avsnitt.

#### **Ledarskap**

I följande avsnitt presenteras teorier om chefs- och ledarskap som två professorer i psykologi på Göteborgs Universitet Philip Hwang och Björn Nilsson publicerat. (Hwang & Nilsson, 2014)

Inom alla sociala konstellationer framstår en person som ledare, gruppen behöver någon att följa och beroende på situation kan rollen som ledare passera till olika individer i en grupp utifrån externa eller interna krafter som skapar behov hos individerna i gruppen. Således är ledarskap i hög grad kontextuellt. En person kan fungera som en utmärkt ledare i ett läge men vara förödande för gruppen som ledare vid ett annat tillfälle.

En ledare kan vara formellt tillsatt eller informellt, på så sätt har ledarskap en social karaktär, en formell ledare är utsedd av till exempel en organisation, en tilldelad chefsposition exempelvis, medan en informell ledare växer fram ur gruppens behov och får sin ledarroll given av gruppen. Ledarskap är också kulturellt betingat, olika förväntningar i olika kulturer skapar olika behov för ledarstil i olika organisationer och beroende på geografisk placering, ledarrollen i Frankrike skiljer sig markant från den ledarroll som krävs i exempelvis Sverige.

Ledandet av organisationer och grupper har tidigare varit ämnat för chefsroller, en person som i egenskap av sin position har makt att bestämma över andra. I dagens samhälle har behovet hos medarbetarna inom organisationer omprioriterats från behov av en chef som styr, till en ledare att följa. Förr, som nu, var organisationerna resultatnriktade emellertid gick vägen mot prestation förr med en styrande hand och i dagsläget finns också ett behov av en god relation mellan ledare och anställda. Vilket är än mer märkbart i en professionell byråkrati såsom folktandvården; Hwang refererar till detta som kommunikativt ledarskap. Han menar att kommunikativt ledarskap är den relationsförmåga som gör att ledaren på ett bra sätt kan kommunicera mål och delge god feedback till sina anställda.

Skillnaden mellan chef och ledare blir mer och mer tydlig, en dynamisk organisation med snabba förändringar har behov av en flexibel och snabb ledare medan en äldre "maskinbyråkrati" högst troligt styrs av en chef. Chefsrollen är kopplad till position medan ledarrollen är kopplad till acceptans inom gruppen. En chef har fått tilldelat sig makt och myndighet att styra genom sin formella position som också ger den ett formellt ansvar i beslutsfattande. En ledare kan påverka gruppen och upplevs ha rätt att göra så från medarbetarnas sida. En chef som samtidigt är ledare har inflytande som går över gränserna för den formella chefspositionen.

Dagens ledarskap handlar således mer om ett medarbetarskap, där de anställda tillsammans med ledaren utvecklar och planerar hur arbetsuppgifter skall lösas. Chefsrollen har i idealfallet gått från att vara specialist på arbetsuppgifterna som skall utföras till att vara specialist på ledarskap.

Hwang (2014) skiljer på ledare och ledarskap, där en ledare är en person som kan påverka andra i gruppen – har rätten och/eller legitimiteten att göra så och genom detta utövar ledarskap. Ledarskap har inte med tvång att göra utan kallar till människors motivation för att få dem att utföra uppgifter som är önskvärda. Dagens ledarskap handlar betydligt mer om att forma åsikter, attityder och beteenden än om att ge regelrätta direktiv och order till anställda. I utbytet mellan gruppen och ledaren kan exempelvis tillit, respekt och uppskattning ses som vinster medan

kostnaden för individen kan vara att behöva vika sig för ett beslut man egentligen inte står för. Grupper som uppvisar en sådan balanserad dynamik är allt som oftast effektiva och uppvisar hög kvalité prestationsmässigt.

Hwang har i sin bok(2014) tagit upp trender som synen på ledarskap har gått igenom under åren, noterade av Bryman (1996).

1. Egenskapssyn: Goda ledare anses ha en mängd viktiga egenskaper, situation och kontext ansågs inte spela någon större roll. Vidareutvecklingen av den här tesen är kopplad till personlighet och personlighetsteori.
2. Ledarstil: Individen står fortfarande i fokus dock lades mer vikt på ledarens karakteristiska beteende. Tonvikt ligger på hur en ledare skall förhålla sig till andra gruppmedlemmar och medarbetare. Framst uppdelat i två huvuddrag där den ena vikten lades på uppgifter och mål och den andra på relation och klimat.
3. Situationsmodell: Här ses situationen som det betingande och som avgör hur ledaren bör bete sig. Ledaren skulle således utifrån de uppgifter som förelåg uppfylla de behov som gruppen hade för att kunna lösa uppgiften. Som situation räknat togs även hänsyn till gruppens mognadsgrad, organisationens storlek och relationen mellan ledare och medarbetare.
4. Transformativt ledarskap: Inriktat på organisationer och ledarskap i förändringstider med fokus på hur man skall hantera känslor och reaktioner under förändringar.

Utav dessa fyra trender har Hwang tittat närmare på tre stycken, nämligen egenskapssynen, situationsmodellen och det transformativa ledarskapet. Egenskapssynsättet är det äldsta inom ledarskapsforskning och bygger främst på två kriterier.

1. Varje bra ledare kan uppvisa speciella egenskaper.
2. Ledarskapet kan översättas till andra drag och egenskaper till exempel kan ledare ofta ses ha egenskaper såsom ansvar, motivation, social kompetens och gott självförtroende.

Eftersom detta är ett synsätt med några år på nacken kan det te sig naturligt att titta närmare på hur relevant det är för dagens ledarskapsforskning. Hwang menar att trots att det säkerligen finns personer som är naturliga ledare så är behovet i dagens samhälle långt högre än vad antalet möjliga naturliga ledare är därmed kan man inte enbart söka efter naturliga ledare med bra ledarskapsstil utan ledarskapsstilen kan även uppnås genom utbildning, erfarenhet och personlig mognad. Även om en person uppvisar de karakteristiska egenskaperna som tillskrivs en bra ledare finns



inget entydigt bestämt att just en sådan person faktiskt skulle prestera bra som ledare. Trots detta lever förhoppningen kvar om naturliga ledare.

En person kan genom sina personlighetsdrag dock ge en ingivelse om huruvida det finns egenskaper som kan gagna en ledare eller ej. Inom personlighetspsykologin finns ett antal synsätt vad gäller personlighet och det som är mest relevant för gott ledarskap kallas för *The Big Five*, en bra ledare utifrån detta synsätt är:

1. Samvetsgrann, pålitlig och ansvarsfull – inriktad på prestation och ansvar med en förmåga att skapa god arbetsmoral i gruppen.
2. Utåtriktad, social och kan påverka andra genom sitt beteende.
3. Emotionellt stabil med god självkontroll som kan och vill hantera komplexa situationer.
4. Flexibel, samarbetsinriktad med god förmåga att skapa tillit.
5. Intelligent och öppen för nya idéer, trivs med utmaningar och har lätt för att prova nya infallsvinklar.

Situationsmodellen bygger på att en fungerande ledare genom sina erfarenheter och förmåga att överblicka en situation uppfylla de behov som gruppen visar och anpassa sig efter situationen och de krav som ställs för att kunna lösa uppgiften gruppen står inför. I en ny grupp bör fokus ligga på relationer och uppgift, här behöver ledaren vara tydlig i sitt ledarskap och styra en hel del. I en mognare grupp behöver ledaren fortfarande vara tydlig i sitt ledarskap dock kan fokus gå från relationer till att bekräfta och validera medlemmarna för att befästa gruppens styrkor och få medarbetarna att trivas. Slutligen har gruppen förhoppningsvis kommit att bli så pass mogen att den fungerar i stort sett självständigt. Här ligger ledarens fokus på att delegera uppgifter och ansvar, större ingripanden behöver endast göras vid förändring eller i krissituationer. Situationsmodellen påvisar att huruvida man lyckas som ledare eller ej främst har att göra med hur bra man kan läsa av en grupp.

Till sist väljer Hwang (2014) att titta närmare på transformativt ledarskap, det är speciellt viktigt i dagens samhälle där förändringarna är i stort sett ständigt pågående på en nivå eller annan i en organisation och där organisationsstrukturen är dynamisk. Det viktigaste kriteriet för transformativt ledarskap är således hur väl man kan skapa och driva förändringsprocesser. Det transformativa ledarskapet har fokus på ömsesidiga mål, behov och delaktighet samt på motiv och värderingar som gynnar social förändring. För den transformativa ledaren ligger den största vikten i att kunna skapa en värdemässig sammanhållning i gruppen. Den transformativa ledaren har tagit Gandhis ord till sig och lever efter det som mantra, *be the change you wish to see in others*.

Det transformativa ledarskapet kan sammanfattas enligt följande:

1. Ledaren skall förmedla värderingar och beteenden som ger gruppen en vilja att lära sig och att skapa förändring. Genom ledarens föredöme och inspiration skall gruppmedlemmarna acceptera och stå för viktiga värderingar vad gäller kvalitet, effektivitet och ömsesidig respekt samt att det skall vara så högt i tak att gruppen känner att utrymme finns för att analysera och ifrågasätta.
2. Ledaren skall skapa en känsla av delaktighet och lärande genom erfarenhet.
3. Ledaren skall ha kommunikativ kompetens, gruppkompetens och veta vad som skall göras och när det skall göras samtidigt som den strävar efter att ständigt underhålla ett bra gruppklimat.

Sammanhängande med ledarskap är också ledarstilar, hur en ledare betar sig och vad det har för konsekvenser för en grupps motivation och effektivitet. Hwang (2014) tar upp tre ledarstilar som noterades så tidigt som i mitten av 1900-talet men än idag är gångbara. Tre huvudstilar visade sig i en undersökning, (från 1939 genomförd av Lewin, Lippitt och White), *en eftergiven, en auktoritär* och *en demokratisk (grupporienterad)* ledarstil. Stilarna skiljer sig markant åt, en eftergiven ledarstil är en ledare som har en "låt-gå" inställning, den är ofta distanserad, otydlig i sin roll, ger inte information, tar inte tag i konflikter och åtgärdar inte negativa beteenden. En grupp ledd av en sådan ledare är ofta aggressiv, mobbning i gruppen och syndabockstänkande är vanligt förekommande i dessa grupper. En sådan grupp har ofta låg sammanhållning och prestationsmässigt är de lågpresterande både kvantitets- och kvalitetsmässigt.

Auktoritära ledare är bättre när det gäller rutinuppgifter och beslut men effekten på gruppmedlemmarna är att engagemanget och det egna ansvaret brukar bli lågt. För den auktoritära ledaren är gruppens synpunkter oväsentliga. Ledaren poängterar sin makt och tar sina beslut utan feedback från gruppen, relationerna i gruppen glöms bort och en auktoritär ledare drar sig oftast inte heller för att hota enskilda gruppmedlemmar som går emot ledarens beslut. Resultatet av en sådan ledare för en grupp är att rutinuppgifter ofta kan lösas bra men om ledaren tvingas lämna gruppen avstannar arbetet helt. Ledaren måste lägga stor fokus på att kontrollera arbetet som utförts av gruppen. Gruppen reagerar ofta med aggressivt beteende även mot denna ledarstil och associerar oftast ledaren med negativitet. Auktoritära ledare kan vara av godo i svåra situationer där snabba beslut måste fattas kan en auktoritär ledare ta på sig rollen som "diktator" för att kunna lösa konflikter och styra upp en annars svårhanterlig situation.

Demokratiska eller grupporienterade ledare har en förmåga att skapa högt engagemang och tillfredsställelse i en grupp dock blir beslutsfattandet ofta tidskrävande och de kan i vissa situationer uppfattas som svaga ledare. Den grupporienterade ledaren strävar efter gruppsamhörighet och delaktighet, den vill

få gruppen att känna gemensamt ansvar och uppmuntrar jämlikhet inom gruppen. En demokratiskt styrd grupp jobbar bra även självständigt och klarar rutinmässiga uppgifter utan problem dock i något lägre kvantitet relativt auktoritetstyrda grupper. Komplexa uppgifter kan ta något längre tid att lösa men presterar högre än en auktoritärt styrd grupp. Tillfredställelsen med det egna arbetet och den egna gruppen är ofta hög.

I verkligheten existerar i stort sett inte dessa tre stilar i sina rena former utan ledare uppvisar oftast en blandning av de tre olika ledarstilarna, utifrån situation, gruppbehov och uppgift.

### **Kommunikation**

Avgörande för att interprofessionellt samarbete skall fungera är att det finns en öppen kommunikation mellan kollegor. Att respekten för respektive profession finns och att de kunskaper varje person sitter inne med är av lika värde. Allt som oftast har olika professioner olika tillgång till olika information om patienten där den samlade informationen från alla inblandade professioner skapar en helhetsbild. Det är viktigt att ingen form av avundsjuka eller autonomi kommer i vägen för de professionellas önskan att delge varandra information och kunskap. Ändamålet måste vara att tillsammans jobba för patientens bästa. Ett forum för öppen kommunikation, till exempel gemensamma vårdmöten ger en plats där samtliga kan få lyfta fram sina åsikter och kunskaper och diskutera lämpliga lösningar.

För att stärka kommunikation och öppna upp för möjligheten till kommunikation finns det främst tre steg att ta i beaktande (Molyneux, 2001)

- Teammedlemmar jobbar utifrån samma geografiska lokalisering
- Regelbundna och ofta förekommande möten
- Överenskommelse av kommunikation mellan inblandade medlemmar av teamet

En enad plats stärker känslan av enade kollegor, rutiner som alla följer skapar gemensamhet och stärker medarbetarnas kollegiala anda. Felaktig eller otillräcklig kommunikation är en av de största anledningarna till att patienter blir felbehandlade och att misstag görs i vårdrelaterade miljöer. Anledningen till denna fel-kommunikation kan till exempel vara att personerna som är inblandade inte vill ge upp viss information; antingen för att informationen visar på deras egen otillräcklighet eller för att de helt enkelt inte förstår att den är avgörande för personen som får informationen. (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010)

### **Team**

Teamarbete gagnar såväl anställda som patienter när teamet fungerar väl. I ett idealfungerande team finns en mängd karakteristiska drag, bland annat är varje individ i teamet väl medveten om sin egen roll och de andras roll i teamet. Team medlemmarna utför sina arbetsuppgifter med hög kunskapsnivå och kreativitet

samtidigt som de är väl medvetna om de andra teammedlemmarnas förmågor och personliga drag och vad de har för betydelse i teamet och för arbetsutgången. (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010)

Team har länge varit ett eftertraktat sätt att arbeta på, det finns en del olika typer av team och sätt att se på vad det är som gör ett team. I sin bok tar Reeves et. al. (2010) upp Katzenbach och Smiths indelning från 1993 där fem olika typer av team definierats:

1. *Arbetsgrupper* där medlemmarna har tillgång till en gemensam del information, visst teamarbete utförs men det finns inget gemensamt ansvar eller tydliga definitioner av teamets roller.
2. *Pseudo team* där gruppens medlemmar benämns som ett team men i verkligheten har litet eller inget delat ansvar och med dålig koordination av teamarbetet.
3. *Potentiella team* där medlemmarna börjar arbeta gemensamt och enat men har få av de karakteristika som behövs för effektivt lagarbete, till exempel saknar de gemensamma team mål.
4. *Verkliga team* där medlemmarna har tydliga och gemensamma mål, de delar ansvaret för teamets insats och alla har en tydlig roll att uppfylla samtidigt som de uppmuntrar individerna i teamet att utvecklas vidare.

De tar även upp Drinka och Clarks teamindelning från år 2000 som går närmare in på multi- och interdisciplinära team inom hälso- och sjukvård:

1. *Ad hoc grupp*, arbetar tillsammans för att lösa uppgiftsbaserade problem och som löses upp samtidigt med problemets lösning. De här grupperna är alltså begränsade i tid och uppgift.
2. *Formell multidisciplinär arbetsgrupp*, en interprofessionell grupp som arbetar tillsammans dock arbetar individerna mer självständigt än kollektivt.
3. *Interaktivt interdisciplinärt team* som arbetar med integrerade diagnoser, team-mål för patienterna och är beroende av varandras medverkan för att kunna uppfylla dessa mål.

Sett ur ett organisationsperspektiv citerar Reeves et. al. Hackman från 1983 som menar att det finns fem grundläggande förutsättningar för att ett team skall kunna fungera väl:

- Teamet måste ha ett tydligt mål för arbetet de skall utföra, en klar väg över hur de skall ta sig till målet
- Teamets uppbyggnad skall stödja samarbete, det måste till exempel finnas god kommunikation inom teamet
- Den organisatoriska kontext som teamet arbetar i måste vara stödjande för teaminsatsen
- Teamet behöver ha möjlighet att få ledning för att hjälpa individuella medlemmar att maximera sina arbetsinsatser
- Teamets medlemmar är gemensamt ansvariga för resultaten

Ur dessa samlade kunskaper kan man härleda en trend, för att individer i en grupp skall kunna bli ett team måste en del karakteristika finnas närvarande. Det är inte enbart den interna konstitutionen som är avgörande för teamets effektivitet och välgång utan även de stödstrukturer som finns inom en organisation.

Utan en ordentlig stödstruktur för att följa upp de insatser som skapat en god sammanhållning och ett enat team, till exempel genom övningar för teambuilding, ökar sannolikheten för att teamet sakta men säkert faller isär och därmed går de goda intentionerna om bättre patientsäkerhet och sänkt arbetsbelastning om intet. (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010)

## Metod

För att få grepp om situationen i folktandvården inleddes studien med ett antal informantintervjuer där bland annat HR-chefen hos Folktandvården Västra Götaland intervjuades om tankar och funderingar kring läget idag för att ge en bild av hur samarbetet mellan och på kliniker uppfattas på organisationsnivå. En andra öppen intervju genomfördes med Tandläkare Leif Borg som på sin privatklinik arbetat med interprofessionellt samarbete sedan tidigt 90-tal. Detta för att få en idé om möjliga tillvägagångssätt och bakomliggande tankar vid införandet av interprofessionella metoder.

Efter de initiala informantintervjuerna genomfördes semi-strukturerade intervjuer på tre av folktandvårdens allmänkliniker (se tabell 3). De tre klinikerna valdes utifrån sin geografiska position samt kontaktperson Ulrika Nåfeldts expertis över de utvalda klinikerna. Klinikerna ligger inom det område som i folktandvårdens organisation kallas för Väst. De data som samlades in via intervjuer ämnas användas till att förstå hur arbetsplatsen ser ut idag, hur samarbetet fungerar och var eventuellt utvecklingspotential och behov till förändring finns.

I studien ingår en stor klinik med ett upptagningsområde av låginkomsttagare och till stor del en etnisk patientgrupp som skiljer sig från de andra klinikerna. En medelstor klinik med till stor del hög- och medelinkomsttagare som främsta patientgrupp, och en liten klinik med blandad patientgrupp vad gäller socioekonomiska aspekter.

Tabell 3 Kliniker i region väst

Geografi	Storlek	Socioekonomiska aspekter
Storstad	Stor	Låg-inkomst/ etnisk
Förort	Medelstor	Hög/ Medel- inkomst
Lantort	Liten	Blandad

Insamlingsmetodiken har huvudsakligen bestått av djupintervjuer med öppna frågor, se intervjuguide i appendix A. Intervjuguiden användes som en mall för grundfrågor där de intervjuade uppmanades att utöka svaren på frågorna i den riktning de själva önskade. De professioner som har intervjuats är klinikchef, tandläkare och tandhygienist.

Studien är således av kvalitativ karaktär och modellen för interprofessionellt arbetssätt grundas på iakttagelser och gemensamma nämnare inom arbetssätten på de olika klinikerna samt en i teoretiskt verifierat material (induktiv ansats) (Jacobsen, 2002).

I början av studien genomfördes teori-insamling, artiklar söktes fram på Google Scholar med kodord såsom interprofessional, teamwork, interprofessional dental care. På grund av den magra informationsbasen av svenskpublicerade artiklar har utländska artiklar främst utgjort basen för den här studien. Artiklarna valdes ut genom sällning på utdragen. De som ingav förtroende att kunna innehålla relevant information lästes igenom och grupperades. De intervjufrågor som studien baserats på skapades efter teorisamlingen samt med grund i medarbetarenkäter för de tre klinikerna och den information som informantintervjuerna bidragit med. Frågorna skickades till HR-chef för godkännande och synpunkter innan de omsattes i praktik.

Intervjuerna genomfördes under en tid av tre veckor där varje klinik gavs en dag. På varje klinik hölls intervjuer med tandläkare/tandhygienist och klinikchef i individuella samtal under en timmes tid med vardera. Alla deltagare i intervjuerna lovades anonymitet. Därefter transkriberades intervjuerna direkt. Alla intervjuer har dokumenterats med inspelning.

Efter genomförda intervjuer uppdagades ett behov av utökad teori, där främst team och kommunikation stod i fokus. Även organisationens förmåga att påverka det praktiska arbetet kom i fråga således har även en del organisationsteori funnits vara av bidragande karaktär för studien.

Ledstjärnan genom arbetets gång har varit att hålla en så hermeneutisk ansats som möjligt där de insamlade datakollektionerna får leda vägen till lämplig teori, varför återvändandet till teorin efter insamlade data ansågs nödvändigt för att stärka de svar som framkommit. (Jacobsen, 2002)

Studiens karaktär och datainsamling samt behandling av data har utförts enligt grundad teori med dess tillvägagångssätt av datahantering t.ex. kodning av intervjuer enligt Glaser & Strauss, 1967 som tas upp i boken Business Research Methods. (Bryman & Bell, 2011)

Grundad teori är ett av de vanligaste sätten att hantera kvalitativa studier där ansatsen är hermeneutisk, teorin får växa fram ur data och de upptäckter som görs istället för att teorin skapar frågorna, det är således en induktiv karaktär. Arbetssättet är rekursivt det vill säga data samlas in och ger idéer om var mer teori behövs, ny teori samlas in och frågorna kan snävas in och ändras för att närma sig ett slutligt mål. Grundad teori genererar inledningsvis teorier som efter hand utreds och sällas bort, detta skiljer sig från kvantitativ forskning där en teori eller hypotes oftast testas och antingen styrks eller förkastas.

Genom studien har detta rekursiva tillvägagångssätt använts. Ny data såsom medarbetarenkäter från hela Västra Götalands Regionen, där en jämförelse av tandläkare och tandhygienisters svar, har bringat än mer ljus till studiens ändamål och har således samlats in i slutskedet av insamlingsprocessen. Totalt svarade 87 % av organisationens anställda där 471 tandläkare och 320 tandhygienister finns anställda. Specifik svarsfrekvens för respektive yrkeskategori har inte noterats för medarbetarenkäterna.

Förhoppningen är att genom triangulering kunna styrka de fynd som har gjorts tidigare under arbetets gång.

Sett till reliabilitet av studien kan argument väckas mot dess storlek på data, nio intervjuer om vardera en timme är ett litet axplock av hur verkligheten ser ut. Studien förstärktes således med medarbetarenkäter ifrån hela regionen. Under intervjuer kan man inte med full säkerhet säga att det som kommer fram är det som verkligen menas från intervjuobjektet. Återkoppling med de transkriberade intervjuerna och tolkning till intervjuobjekten har inte genomförts. Dels finns en informationsavgivare och en informationstolkare, intervjuaren tolkar informantobjektets meningar subjektivt oavsett hur duktig den än är. Dels kan intervjuobjekten undanhålla information de anser kan försätter dem i dålig dager och kan vid öppna intervjuer tappa tråden och flyta ut i olika ämnen som saknar relevans. Förhållandet mellan intervjuare och intervjuobjekt är också av en skör karaktär, att få intervjuobjektet att ge information som är relevant för studien är inte alltid det enklaste. Intervjuobjekten svarar ofta med "säkra" svarsalternativ, korta jakande satser eller negationer. Med säkerhet kan sägas att resultaten ifrån intervjuerna stämmer för det stickprov som utförts i denna studie. Det har stöd i medarbetarenkäterna som ger en mer holistisk bild av regionen.



## Resultat

De tre kliniker som deltagit i den här studien har alla olika karaktär och problem de står inför. Speciellt den stora kliniken som var under planering för ombyggnation och där bra mötesplatser och gränssnitt för kommunikation i stort sett saknades vid besöket. Klinikerna varierade i ledningsstil, vilket är naturligt då de skiljer sig åt i behov och förutsättningar. Arbete med förbättringar och förändringar var alla närvarande på klinikerna dock var det ingen till synes enad satsning regionalt utan lokala lösningar. Många bra idéer fanns hos de tre klinikerna som fler kliniker troligtvis skulle kunna dra nytta av, likväl finns det säkert en mängd goda idéer hos andra kliniker som skulle kunna komma till nytta i regionen. En av de besökta klinikerna hade uttalade planer på att införa interprofessionellt samarbete i dagligverksamheten, uttryckt med klinikchefens egna ord

*"...vi är i en utvecklingsfas mot det (IPE) eftersom vi har jobbat väldigt konventionellt men eftersom vi har ju sen några år tillbaka börjat ställa om mot detta, att man delegerar mer och även planerar redan från början att nästa år(2015) kommer det här till"*

Åsikter lyftes också om ledningen av klinikerna, många hade åsikter och förslag som de kände inte beaktades och i slutändan om förslag inte beaktas slutar människor ofta att komma med förslag och tar upp det med sina närmaste kollegor för att få lufta sina åsikter och dela sin irritation, det kommer inte till gagn för klinikerna.

*"Jag tycker att det största irritationsmomentet är när det blir för mycket korridorssnack, när inte rätt fråga hamnar på rätt forum det blir inget relevant av det, det bästa är när alla vågar vara så raka att de vågar ta upp frågorna på rätt ställe. "*

Det är viktigt att givna förslag noteras och hanteras synligt så att de som givit förslagen kan se att de faktiskt arbetas med aktivt. Här har den medelstora kliniken ett till synes välfungerande system där förslag och vem som ansvarar för förslagen och var de ligger i arbetsledet finns lätt åtkomligt och överskådligt i det lokala datorsystemet.

På en av klinikerna framkom genom intervju att tandhygienisterna inte sällan anpassade sina behandlingar efter vilken tandläkare som normalt sett behandlade patienten, de kände sig inte trygga med att arbeta på sin egen legitimation utan kunde frångå egna preferenser till förmån för tandläkarens preferenser av behandling. Vid möte med regionens anställda chefer delades denna uppfattning av flera av de samlade och sågs som ett anmärkningsvärt problem. Tandhygienisterna betonade också att tandläkarna oftast var de som "ägde" patienten i datorsystemet och således var tandläkarens ord det som gällde. De kände inte att de kunde arbeta självständigt utan var underordnade tandläkarens rutiner och behandlingssätt.

Under intervjuerna framkom en del gemensamma punkter övergripande för de tre klinikerna. Både tandhygienister och tandläkare uttryckte att det fanns en stor tidspress. En av tandläkarna beskrev en av de situationer som orsakar mycket stress med

*"... sen så tycker jag ibland att det kan vara lite stressande både för dem och för oss när vi inte har tid, när alla tandläkare är upptagna och de inte kan fråga någon, då stoppar det ju upp liksom och även för oss som sitter och har en patient och behöva avbryta för det blir mycket sånt det blir det."*

När tandhygienister ber om hjälp beskriver en av tandläkaren situationen med

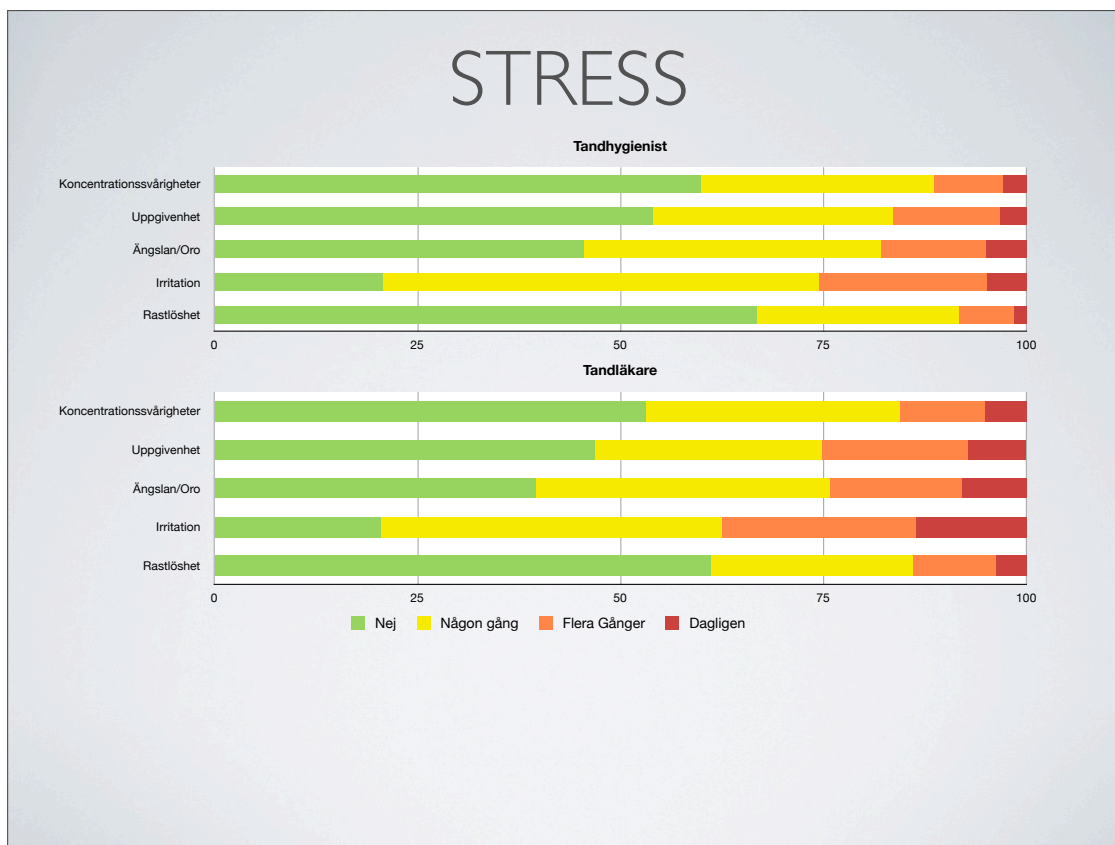
*"... man känner skuld känsla för att man inte kan hjälpa dem och det skapar stress sen när de står och frågar det tycker jag inte är så störande men när jag säger nej jag kan inte då känner man ju skuld känslor."*

Framförallt tandhygienisterna uttalade att de kände en stor tidspress då de oftast arbetar ensamma med patienten och då måste utföra undersökningar samtidigt som de behöver föra journalanteckningar vilket de har svårt att hinna på uppsatt behandlingstid speciellt då de för första gången träffar en patient.

*"... det måste gå ihop, de som har frisktandvård och har högre riskgrupp har ju 1h och det är ju egentligen ingen skillnad på dem och på en ny patient som inte har varit här innan."*

Tandläkarna menade att tiden de har per patient (30 minuter för undersökning) räckte gott då de har hjälp av tandsköterska att föra journalanteckningar dock kände de stress över när tandhygienister behövde hjälp eller ställa frågor om patienter, tandläkarna kände då att de inte har möjlighet att hjälpa till så som de önskar på grund av tidsbrist. Tandhygienisterna uttalade också att de känner sig tveksamma över att rådfråga tandläkarna om hjälp eftersom de oftast fick ett nej och behövde låta den egna patienten vänta. Vid jämförelse av medarbetarenkäter tenderar tandläkare att ha en högre nivå vad gäller stress. Framförallt vad gäller irritation. I intervjuerna förklarades detta med bland annat tidsbrist och svårighet att bemöta efterfrågan på kompetens ifrån kollegor. Till exempel när tandhygienister behöver fråga om råd eller behöver klinisk hjälp med en patient. Tandläkarna betonade att deras möjlighet att hjälpa till var mycket begränsad på grund av tidsbrist.

Tandhygienisterna framhöll att deras patienter har lika lång behandlingstid oavsett om de varit på kliniken tidigare eller om de var nya. En förstagångsundersökning behövde normalt sett lite längre tid än en återbesökare. Tandhygienisterna menade också att möjligheten till att fråga om hjälp ifrån tandläkare var begränsad vilket skapade uppehåll och stress i deras arbete. Nedan presenteras en sammanfattning av de frågor som berör stress, data är tagen från regionens medarbetarenkäter och ger därmed en övergripande bild av situationen i regionen. Se figur 4.



torsdag 28 augusti 14

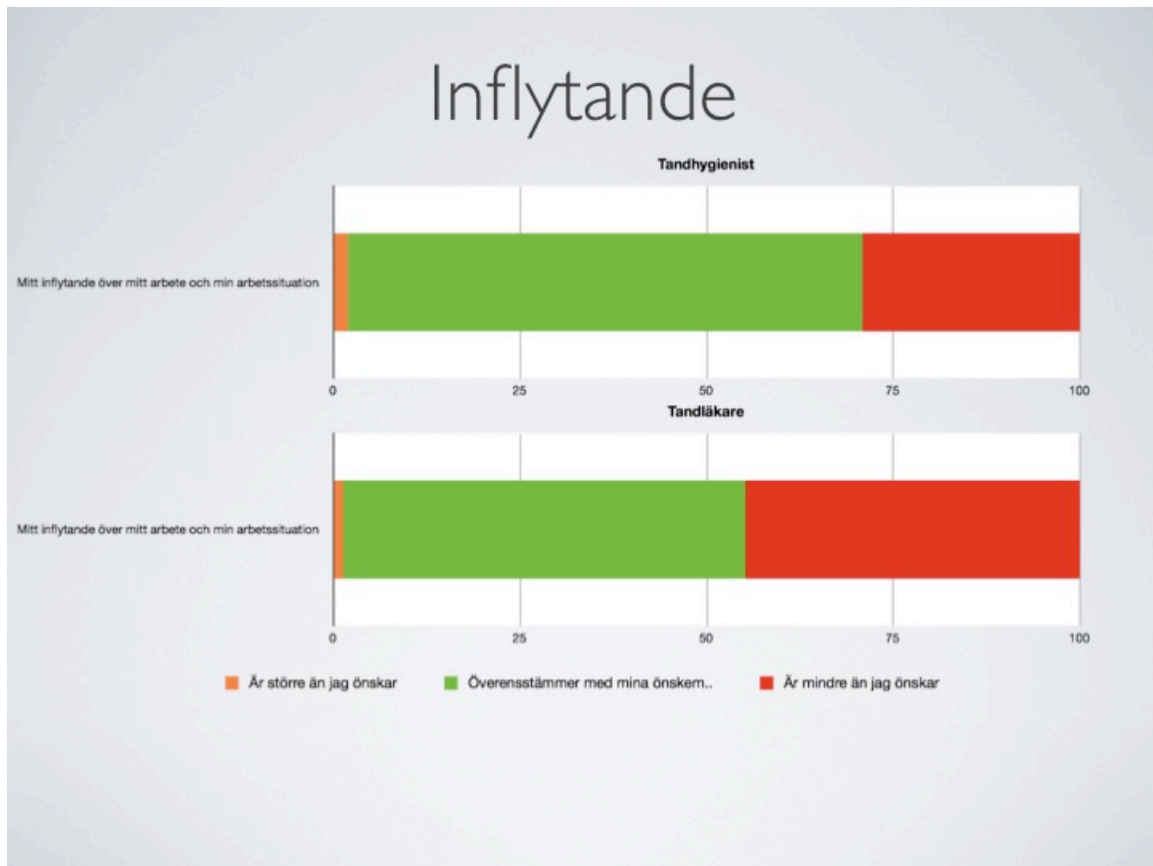
**Figur 4- Jämförelse av stress från medarbetarenkäterna i Västra Götaland**

Efter genomförda intervjuer samt en jämförelse med de medarbetarenkäter som genomförts i hela Västra Götalands Regionen framkom främst tre problemområden, som dök upp under samtliga intervjuer, för att införandet av interprofessionellt samarbete skall lyckas inom Folktandvården. De är stress, sociala aspekter och inflytande.

För att IPE skall lyckas behövs ett genomgående teamarbete där grundstenarna är kommunikation, delaktighet, inflytande och sociala aspekter till exempel minskade klyftor mellan professionerna. I dagsläget uppvisar de tre klinikerna i studien inget aktivt interprofessionellt teamarbete även om de har inlett arbete mot en sådan satsning.

Båda professionerna uttryckte i intervjuerna att de känner att de har begränsade möjligheter att påverka sitt arbete och sin arbetssituation, de saknar i stort sett inflytande i organisationen och kan inte påverka den egna arbetssituationen nämnvärt. Denna känsla kan man dock mildra genom att ge de anställda större insyn och ökad delaktighet i besluten som tas genom bättre information och kommunikation. Framförallt kände det att möjligheten till att påverka mål uppsatta högre upp i organisationen var mycket begränsade, se fig. 5.

I ljuset av organisationens struktur och uppbyggnad kan detta ses som ett problem. Högre utbildade professioner såsom tandhygienist och tandläkare arbetar nära sina kunder och har till syvende och sist alltid sista ordet inför en behandling. Om de känner att de inte har möjlighet att påverka sin arbetssituation uppstår lätt irritation och missnöjdhet vilket i slutändan kan leda till försämrade arbetsinsatser.

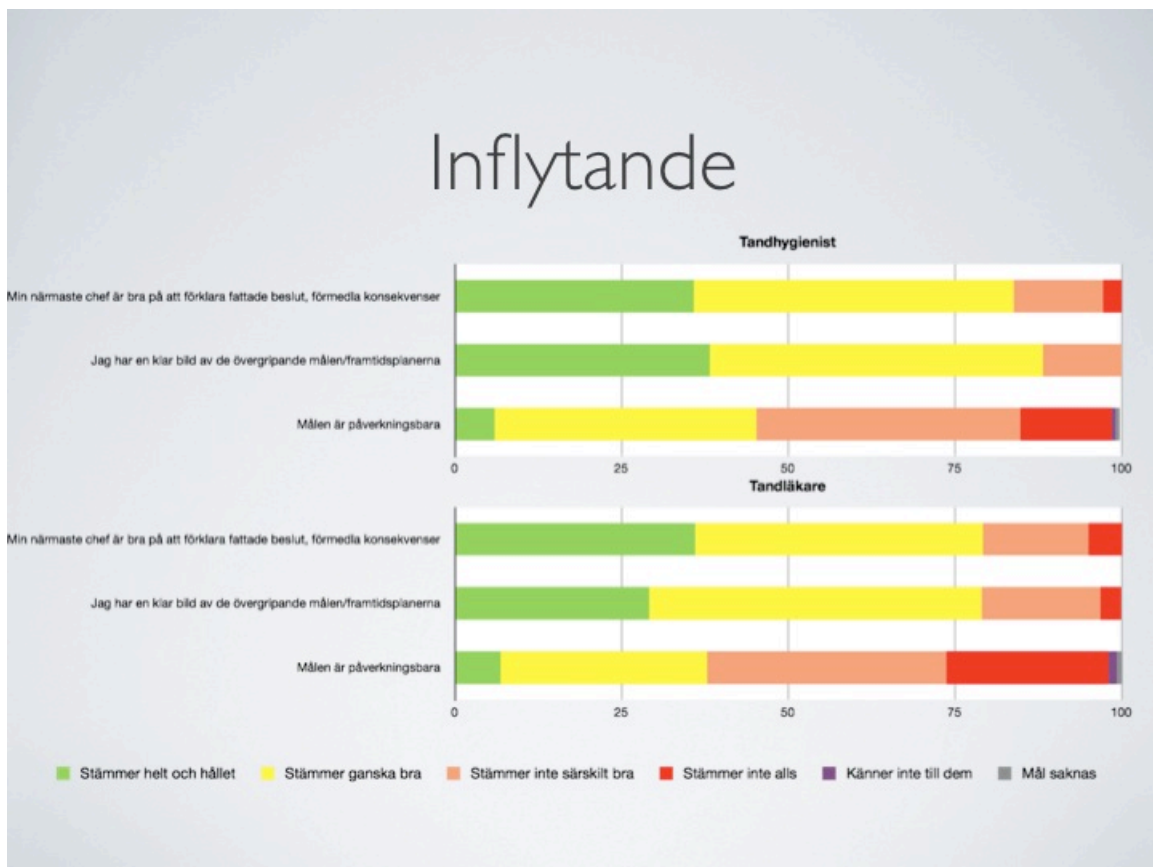


Figur 5 - Medarbetarenkäter inflytande

Båda professioner upplevde bitvis att kommunikationen var begränsad, dels på grund av tidsbristen men också för att de inte riktigt talar samma språk. För att kunna öka kommunikationen behövs gemensamma interaktionsytor där medarbetarna kan träffas och samtala. En del av begränsningen i kommunikation kan också vara att tandläkare och tandhygienister inte känner sig säkra på vad den andra professionen kan och därmed inte känner sig bekväma med att lyfta frågor de inte tror de ska kunna få något konkret svar på. Båda professionerna uttryckte missnöjdhet i intervjuerna över möjligheten att diskutera med varandra och sina överordnade angående kliniken och patienter. Efterfrågan för ett system att kunna lyfta åsikter och förbättringsåtgärder framkom som en del i kommunikationsledet.

I medarbetarenkäterna påvisades att kommunikationen mellan anställda och överordnade chefer inte alltid mötte upp de behov som finns vad gäller feedback och kommunikation vilket skapar en osäkerhet hos de anställda. Professionerna visar i medarbetarenkäterna att de inte alltid har en tydlig bild av vad som förväntas

av dem och de mål organisationen anses behöva möta. Framförallt som uttryckts tidigare visar medarbetarenkäten att de anställda känner att de inte har möjlighet att påverka besluten och därmed en känsla av lågt inflytande, se fig. 6.



Figur 6 - Medarbetarenkäter feedback och mål

De anställda som intervjuades uttryckte att de inte kände att deras chefer alltid lyssnade på dem. I de situationer där deras åsikt sammanföll med klinikchefens var det inga problem men när åsikterna gick isär upplevdes det som att väldigt lite utrymme för förhandling fanns.

I figur 7 ses att de anställda i Folk tandvården i Västra Götalands Regionen upplever att de har en god sammanhållning på arbetsplatsen. De har en bra stämning och att professionerna upplever att deras kollegor ställer upp på dem. Sett ur ett IPE perspektiv är detta goda grunder att bygga vidare på när till exempel team skall skapas och gemensamma mål sätts upp.



Figur 7- Medarbetarenkäter sociala aspekter

Under intervjuerna belystes också problemet med terapimöten. På de kliniker som har besökts hålls terapimöten för patienterna inom respektive profession. Patienterna är delade mellan tandläkare och tandhygienister men de samtalar väldigt sällan på ett strukturerat sätt om bästa möjliga lösning utifrån patienten. Inget sådant gränssnitt finns till synes hos klinikerna i dagsläget.

## Diskussion

Diskussionen utgår ifrån medarbetarenkäterna genomförda på hela Västra Götalandsregionen och intervjuer genomförda på tre kliniker, bland tandläkare och tandhygienister. Utifrån dessa resultat har primärt tre områden tittats på som mer angelägna för att klinikerna skall kunna arbeta mot ett mer interprofessionellt samarbete. De områden som tittats närmare på är: *stress, sociala aspekter och inflytande*.

Ser vi på organisationen inom folktandvården så faller den mest naturligt under Mintzbergs professionella byråkrati (Mintzberg, 1983), dock uppfyller den inte helt ramarna. Både tandläkare och tandhygienister upplever att de har ganska liten möjlighet att påverka de mål som finns. I medarbetarenkäterna visas också att en del inte är medvetna om de mål de skall möta; möjligtvis finns här en korrelation

mellan feedback från cheferna angående tydliga mål som uppvisar brister i enkäterna, se fig. 6.

De har däremot stor flexibilitet i det egna arbetet (Mintzberg, 1983), hur det utförs; begränsningen här ligger i sociala regler (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007), tandhygienisterna uttryckte i intervjuerna att de ofta rättar sig efter den tandläkare som "äger" patienten och utifrån dennes synpunkter utför en behandling som godtas av tandläkaren. I journal- och boknings-systemet som används av folktandvården i Västra Götalandsregionen ligger patienterna alltid under en av professionerna. Tiden som patienten är inbokad på ligger antingen under tandläkare eller tandhygienist. Båda professionerna kan ta hand om patienten på den bokade tiden. Till exempel kan patienten vara inbokad hos en tandläkare men behandlas av en tandhygienist, det är då tandläkaren som "äger" patienten. Tandhygienisterna uttryckte att de ofta rättar sig efter vilken tandläkare patienten har och utför behandlingar utifrån den tandläkarens preferenser och inte utifrån sin egen utbildning och legitimation.

I den professionella byråkratin finns ett antal möjligheter när förändringar behöver genomföras, de kan börja i den operativa kärnan, det vill säga genom efterfrågan från de anställda på klinikerna. Genom kollegor som påverkar arbetsförfaranden och utbildar och vidareutvecklar arbetet med grund i erfarenhet. Kundens behov kan variera över tid och vad som efterfrågades för trettio år sedan kan markant ha ändrats till ett helt annat behov som behöver mötas upp idag, som exempel förväntar sig inte alla kunder i dagsläget att alltid gå till tandläkaren, de är medvetna om tandhygienistens profylaktiska arbete. Den operativa kärnan kan också påverkas genom målstyrning ifrån den strategiska ledningen i toppen av organisationen.

Inläring i den professionella byråkratin sker oftast genom utbildning av medarbetare, delgivning av erfarenheter. Genom socialisering och normer som styr vad som uppfattas som rätt eller fel tillvägagångssätt att utföra en arbetssyssla på och till sist gruppens dynamik, om gruppen har högt i tak och har för vana att föra dialog finns ett helt annat klimat för förändringar och vidareutveckling än om gruppen har en "vi har alltid gjort så här"-anda (Mintzberg, 1983).

Ett problem som vanligtvis dyker upp i serviceyrken (ex. sjukvård, tandvård) är hierarkier, det finns en underordnad struktur för vem som har den styrande posten. Inom tandvård tillskrivs den högsta posten tandläkaren därefter tandhygienist och tandsköterska (Morison, Marley, & Machniewski, 2011). Vill inte tandläkaren att en förbättring skall drivas igenom kan han ofta arbeta emot den, medvetet eller omedvetet, och de andra yrkeskategorierna följer spontant tandläkaren. Vid förändringar i dessa organisationer är det således av stor vikt att arbetet och idéerna tydligt förankras och ges mål och välformulerade anledningar. Hela yrkeskåren behöver förstå hur och framförallt varför förändringarna i arbetssätt behöver införas och vilket som är bästa sättet för implementering. En informell ledare kan med lätthet stjälpas en satsning som görs på en klinik. Det är viktigt att fånga upp dessa informella ledare och få dem med sig, genom motivation och tydliga mål.

Det är när förändringar behöver implementeras som organisationens kultur visar sig (Hatch, 2002). I en stor organisation såsom Folktandvården i Västra Götaland kan kulturen mellan de olika klinikerna skilja sig varför det är rimligt att tro att alla kliniker i regionen inte står vid samma startpunkt, en del kliniker i regionen har säkerligen kommit en god bit på väg mot interprofessionellt samarbete och en del kliniker har möjligtvis inte lyckats ta sig fram till start. Således finns en mängd olika utgångspunkter för införandet av interprofessionellt samarbete, trots dessa organisationskulturella skillnader finns en mängd detaljer som gäller överlag.

Medarbetarenkäterna visade tydligt på en låg nivå vad gäller inflytande, känslan av inflytande kan förstärkas genom en förbättrad kultur. För att skapa en enad kultur med gemensamma utgångspunkter är det viktigt att ta i beaktande Scheins uppgifter om extern och intern anpassning (tabell 1). Vad gäller den externa anpassningen är det mål som organisationens strategiska kärna kan lägga upp och stödja. Att se till att tydliga mål finns och att alla arbetar enat mot dem. Vad gäller intern anpassning så börjar vi närma oss syftet med interprofessionellt samarbete, de anställda på folktandvården uppvisar en potentiell delning mellan tandhygienister och tandläkare. Organisationskulturen behöver ena dessa grupper så att de tillsammans kan förbättra både sin egen arbetssituation och kundens upplevelse. Både tandläkare och hygienister tyckte att det ur kundens synvinkel hade varit bättre om de båda professionerna hade ett ökat samarbete så att kunden inte behöver höra exempelvis information och förklaringar flera gånger, det skulle också spara tid både för tandläkare och hygienister.

Intern anpassning är något som förhandlas fram i den sociala konstellationen och som vid första anblick kan ses diffust men som med tiden visar sig allt tydligare. I den professionella byråkratin som tandvården utgör finns ett gemensamt språk i och med den utbildning som tandläkare och tandhygienister har erhållit på universiteten. Deras arbetsspråk är i stort sett gemensamt, deras sociala språk och normer kan dock skilja sig betydligt mer beroende på arbetsplats och grupp. Punkt nummer tre i Scheins uppgifter om intern anpassning är i allra högsta grad väsentlig då den handlar om *kriterier för fördelning av status och, makt och inflytande*. I tandvården idag finns en tydlig hierarki (Morison, Marley, & Machniewski, 2011), för att införandet av interprofessionellt samarbete skall kunna lyckas behöver hierarkierna minimeras, en gruppanda måste komma till stånd där tandläkare och tandhygienister arbetar mot gemensamma mål med gemensamma insatser.

Vid förändringar ifrågasätts ofta organisationskulturens värderingar vilket kan leda till starka känslor och reaktioner från de berörda parterna. Det är här viktigt att påvisa varför de förändringar behöver göras som är tilltänkta att införas. De inblandade måste inse nyttan med förändringen för att de överhuvudtaget skall börja tänka i termer som är positiva ur förändringssynpunkt.

Den ytligaste nivån av Scheins organisationskultur modell är artefakter, en mer ingående lista av exempel kan ses i tabell 2. Schein tar bland annat upp fysisk utformning som en artefakt, för folktandvården och interprofessionellt samarbete spelar det här in då åtminstone en av de kliniker som besökts i Västra Götalands



Regionen inte har den fysiska utformningen i sina lokaler som tillåter gemensamma möten och förhandlingsplatser för hela arbetsstyrkan. För att interprofessionellt samarbete skall kunna lyckas behövs interaktionsvägar som är både formella och informella. Genom att utforma och ge plats i lokalerna för interaktion mellan professionerna läggs en grund för bättre sammanhållning och ökad kommunikation.

Beteendemässiga artefakter tar som exempel upp just kommunikationsmönster. Interprofessionellt samarbete och dess genomslagskraft är beroende av en öppen och tillgänglig kommunikation med högt i tak där alla inblandade parter har möjlighet att kommunicera fritt. Hur möten hålls och är formade är avgörande för hur väl kommunikationen flyter. I dagsläget finns inga tydliga riktlinjer för hur möten mellan yrkesprofessionerna skall hållas.

Vad gäller införandet av interprofessionellt samarbete i en organisation går meningarna isär om var satsningen behöver göras, skall den läggas på universitetsnivå eller klinisknivå? Med stöd av Scheins teorier kan en satsning på universitetsnivå snabbt gå om intet då de som lärt sig om interprofessionellt samarbete försöker ta med sig sin kunskap ut till klinikerna. Organisationskulturen kommer högst troligt inte vara öppen för nya idéer och förslag och nykomlingens idéer kommer snabbt tystas ned och gå om intet på grund av kollegornas reaktioner. Satsningen mot interprofessionellt arbete behöver således genomföras både på universitetsnivå, under utbildningen där ett tydligare gränsöverskridande arbete måste till stånd. Framförallt måste klinikerna förändras mot ett mer gränsöverskridande och gemensamt arbete så att de som kommer ut med nya idéer och lösningar inte blir nedtryckta och tystade utan kan tillföra och förstärka redan befästa goda strömningar i klinikernas sociala mönster där målet är ett fullgott interprofessionellt samarbete.

Vid förändringar är det främst fyra kategorier av motsättningar som finns, *hot mot den professionella identiteten, rivalitet, historia & kultur samt status & fördomar* (Morison, Marley, & Machniewski, 2011). Om de anställda tror att deras professionella identitet är hotad vid införsel av IPE kommer de högst sannolikt att göra sitt bästa för att satsningen skall gå om intet. I intervjuerna lyfte till exempel tandläkarna frågan om huruvida tandhygienisterna skulle fylla tänder på patienterna, något de inte kände sig helt bekväma med. Det är en tanke som säkerligen är nog så lockande ur kostnadssynpunkt dock i realiteten visade det sig ge hög osäkerhet både hos tandläkare och tandhygienister. Frågan kom upp på alla kliniker som besöktes och verkade vara den fråga som i dagsläget var mest angelägen för både tandläkare och tandhygienister. Tandläkarna var inte helt bekväma med att lämna över en del av sitt arbete till tandhygienisterna och tandhygienisterna var inte alls bekväma med att ta arbete ifrån tandläkarna. Därtill finns ett annat problem, många tandhygienister jobbar utifrån vilken tandläkare som har huvudansvaret för patienten redan idag, trots att behandlingarna skiljer sig. Med gemensamma arbetsmoment såsom tandfyllning kan tandhygienisterna legitimitet i sin profession ytterligare sänkas och deras professionella identitet ta än mer skada.

Genom att arbeta med IPE blir också rivalitet en aktuell fråga, ett mer interprofessionellt samarbete över yrkeskategorier och mellan professionerna kräver ökad kommunikation men också att professionerna ger ifrån sig delar av sin expertis. Detta kan vara svårt att få till stånd då en del personer har en väldigt stark känsla för sitt eget arbete och inte alls vill delge sina yrkeshemligheter så andra kan nyttja dem. Hotet om att bli förbigången av kollegor och bli överflödig i sin expertis är alltför reellt för att många skall kunna släppa ned garden och dela med sig.

Historien och kulturen spelar också en stor roll vad gäller satsningen på interprofessionellt samarbete, en del anställda kan ha tidigare erfarenheter av liknande förändringar men de behöver inte ha gett önskad utdelning, i så fall kan gammal kunskap ligga i vägen för nya förändringar eftersom det "inte fungerade sist". Om anställda har varit med i liknande satsningar som gått om intet kan deras uppfattning vara svår att förändra och deras motvilja till förändring kan färga av sig på kollegorna. Det är därför viktigt att de som leder förändringen i en tidig fas finner ut vilka i organisationen som har en informellt styrande post och att deras inställning till förändringsatsningen är positiv så att de kan motivera sina kollegor till att bejaka förbättringen.

Hamick et. al (2007) använder sig av en Best Practise Model som kallas 3P (presage, process, product), den beskriver grundkomponenterna som är viktiga vid en satsning på interprofessionellt samarbete. I folktandvården har satsningen på IPE efterfrågats av den strategiska ledningen för att möta de mål som är uppsatta, främst målet om 1:1 för tandläkare/tandhygienister. Det är alltså en tydlig top-down styrd förbättring. I intervjuerna har också ett bättre samarbete över yrkesgränserna efterfrågats för att förbättra dels för de anställda men också för patienterna. Förhoppningen med ett bättre samarbete visade sig i intervjuerna vara både ur stress och tidssynpunkt för de anställda samt för att patienten som kund skall få ett bättre och mer effektivt bemötande. Bottom-up introducerade satsningar kan komma fram vid ökad kommunikation och om den professionella identiteten inte är hotad. Erfarenheter kan vid ett bra kommunikationsklimat delas fritt över yrkesgränserna och på så vis bidra till ett mer effektivt och bättre arbete för alla parter. Behovet av att dela erfarenheter kan uppstå bland annat då komplexa situationer infinner sig där utbildningen inte räcker till utan erfarenheter är enda sättet att hantera situationen. Det är i det läget viktigt att det finns en kollegial anda där erfarenhetsutbyte ter sig som normaltillstånd och att plats och tid finns för att kunna hantera dessa situationer.

En av de viktigaste punkterna 3P-modellen tar upp är ledarkarakteristika, IPE satsningen måste ledas och underhållas för att den inte skall gå förlorad. Det räcker inte att enbart införa idéerna om interprofessionellt samarbete. Satsningen måste ges både tid och rum där god kommunikation och samarbete kan främjas. Det är avgörande för satsningen hur ledaren faciliterar och underhåller IPE. Syftet i varje arbetsmoment och i varje gränssnitt där yrkeskategorierna möts måste vara att stödja och bygga vidare på det interprofessionella samarbetet, det måste genomsyra hela organisationskulturen.

Vad det är som utgör en god facilitator för satsningen på respektive klinik är kopplat till ledarskap. Ledarskap är högst kontextuellt, vad som i en situation är en god ledare kan i en annan situation vara förödande. I dagens organisationskultur och framförallt i en professionell byråkrati menar Hwang (2014) att det behövs en kommunikativ ledare. Positionen tillsätts formellt och ger därmed legitimitet på papperet men för att ledaren verkligen skall kunna motivera förändringar måste den ha kommunikativa egenskaper som motiverar de anställda att följa med och jobba mot de gemensamma målen.

Hwang (2014) ser närmare på tre olika ledartyper. Ställer vi dessa ledartyper i relation till folktandvården och dess organisation i dagsläget kan vi se en ledartyp som lämpar sig bättre för IPE satsningen. Transformativt ledarskap är baserat på hur väl man kan leda och driva förändringsprocesser. Det transformativa ledarskapet har fokus på ömsesidiga mål, behov, delaktighet och motiv och förändringar som gynnar social förändring. Den transformativa ledaren har fokus på att skapa en värdemässig sammanhållning i gruppen. Inom interprofessionellt samarbete är det precis den sammanhållningen över yrkesgränserna som önskas. Det är därför önskvärt att under satsningen med IPE bör de ledare som finns i organisationen ha tydlig fokus på gruppen och dess värderingar.

För att satsningen på IPE skall lyckas behövs en satsning genomföras på att införa team i folktandvården. Reeves et. al. (2010) presenterar en lista över de konstellationer av team som finns, verkliga team enligt Reeves et. al. (2010) är vad som till synes kan gagna folktandvården bäst. De tar även upp team som är mer funktionella i vårdmiljöer där interaktivt interdisciplinära team är av intresse vid en IPE satsning. I ett interaktivt interdisciplinärt team arbetar man med integrerade diagnoser, gemensamma team-mål för patienterna och har ett beroende i teamet för att kunna uppfylla målen. I figur 6 ses genom medarbetarenkäterna att anställda inom Folktandvården i Västra Götaland upplever att det finns en god sammanhållning, att kollegorna ställer upp på varandra och att stämningen på arbetsplatserna i regionen är god. Detta är mycket goda förutsättningar för att få ett teamarbete att växa fram. För att en teamsatsning skall kunna lyckas behövs stödstrukturer som underhåller och berikar teammiljön, det behövs tydliga mål och god kommunikation både mellan teammedlemmar men också ifrån cheferna runt teamen. I figur 7 indikeras att det finns mer utrymme för förbättring vad gäller kommunikation och feedback ifrån cheferna i regionen. Målen för regionens kliniker och medvetenheten om målen hos de anställda uppvisar i figur 7 ett behov av förtydligande till de anställda.

## Slutsats

För att folktandvården skall lyckas med satsningen på interprofessionellt samarbete finns en del nyckelsituationer som bör tas i beaktande och där en extra insats behövs. Vid studier av klinikerna och genom medarbetarenkäterna har en önskan till samarbete mellan professionerna kunnat skönjas dock har det varit tydligt att tiden begränsar möjligheten till samarbete.

Inställningen hos gruppen där interprofessionellt samarbete skall införas är till synes av stor vikt för hur stor genomslagskraft satsningen skall få i organisationen. Indikationer från intervjuerna är att de anställda vill samarbeta över yrkesgränserna men inte riktigt har funnit verktygen för att göra det. Gemensamma ytor där naturlig interaktion mellan professionerna kan ske är ett gott steg i rätt riktning. En bra grundpelare torde vara gemensamma terapimöten för patienterna. Med gemensamma terapimöten kan tandläkare och tandhygienister tillsammans skapa en behandlingsplan för patienten, på så vis tillkommer en naturlig kommunikation samtidigt som patientens bästa ligger i främsta rummet. Gemensamma terapimöten skapar en naturlig kommunikationsväg där yrkesgrupperna har möjlighet att kommunicera mot gemensamma mål.

Vid interprofessionellt samarbetet kan hierarkier i organisationen försvåra samarbete och speciellt vid de tillfällen då den professionella identiteten kan uppfattas som hotad. Tandvården har en naturlig hierarki i sig som kan vara positiv att tona ned för att ge den interprofessionella satsningen möjlighet att lyckas. Dessa hierarkier befästs ytterligare av det journal- och bokning-system som används på klinikerna där antingen en tandläkare eller tandhygienist "äger" patienten. Tandhygienisterna uttryckte också att de behandlar patienterna beroende på vilken tandläkare det är som är ansvarig för patienten. Tandhygienisterna har en fullgod legitimation och borde känna att de utifrån sin egen legitimation kan ge patienten den behandling som är bäst anpassad ur patientens synvinkel och inte ge den behandling som respektive tandläkare tycker är bäst lämpad. Här kan gemensamma terapimöten också spela en stor roll genom ökad kommunikation och styrkande av rätten att arbeta inom den egna legitimationen både för tandläkare och tandhygienister.

Tandvårdens anställda måste anses tillhöra en välutbildad grupp och som sådan är den van vid delaktighet och i viss mån inflytande och möjlighet till att bestämma över den egna situationen. Genom folktandvårdens organisatoriska uppbyggnad finns en lägre flexibilitet för medbestämmande över de direktiv som kommer uppifrån i organisationen, från den strategiska ledningen. Det gör det än viktigare att i den mån medbestämmande är möjligt skall den möjligheten ges. Om inte annat kan delaktigheten och känslan av inflytande ökas genom ett ökat informationsflöde på klinikerna, till exempel via veckovisa PM som informerar om sådant som berör de anställda på arbetsplatsen.

För att satsningen på interprofessionellt samarbete skall lyckas behöver man beakta en del av de kärnfrågor som finns vid införandet. Hit hör till exempel kulturen på

klirikerna, rivaliteten och statusen. Interprofessionellt samarbete förutsätter att teamet arbetar för patientens bästa, det är en statuslös och jämn arbetsfördelning som måste betonas. För att kunna behandla de hierarkiska motsättningar som finns inom tandvården måste man få en tydlig förståelse för hur organisationskulturen ser ut på klinikerna och utifrån det arbeta för en mer enad insats från de olika professionerna där patientens bästa är i fokus. För att arbetet skall kunna implementeras inom folktandvården behöver kommunikationen stärkas, så att hotet mot den professionella identiteten kan minskas och en teamanda växer fram där patienten är fokus i arbetet mer än den egna professionella positionen. En gemensam facklig språkbas föreligger inom båda professionerna dock måste utrymme ges där överenskomna förhandlingsmöjligheter finns. Hur beslut skall tas och hur information skall delas över yrkesgränserna.

Ledarskapet vid förändringar behöver vara dynamiskt, ett transformativt ledarskap som möjliggör satsningens positiva genomslagskraft. Indikationer från de besökta klinikerna har varit att klinikcheferna driver sina kliniker väldigt olika i dagsläget. En enad satsning där klinikcheferna utbildas och enas i sin ledningsförmåga och där de samrikas mot införande av interprofessionellt samarbete kan vara positivt att genomföra. Klinikcheferna måste hjälpa kliniken att enas inför den interprofessionella satsningen. Förändringar skapar ofta stor osäkerhet i organisationer och feedback och tydlig information är ett utmärkt verktyg för att minska den osäkerhet som med nödvändighet tillkommer vid förändringar.

Klinikerna behöver förstärka teamarbete och kommunikation över yrkesgränserna för att på så sätt få de anställda att se arbetet som en enad insats och inte en individinsats. För att få till det behöver team skapas och utbildas. Regler för hur de fungerar och hur man tar upp eventuella konflikter behöver säkerställas. Med en god teamorganisation och bra kommunikation kan patientens bästa hållas i fokus och de individuella diskrepanserna och prestigen mättas av över tiden.

Teamarbete har flera fördelar när det utnyttjas till fullo. I WHO:s studie (World Health Organization, 2010) har teamarbete visats öka kvalitet på vården och patientsäkerheten samt minska arbetsbelastningen för de enskilda individerna. Förutsättningarna för ett välfungerande team är bland annat att individerna i teamet är väl medvetna om sin roll och vilket ansvar de har inom teamet och gentemot teamet. Målet skall vara att uppnå verkligt teamarbete där tydliga och gemensamma mål finns, delat ansvar inom gruppen och att gruppens individer har en tydlig roll inom teamet. Teamet bör sträva efter att fungera som ett interaktivt interdisciplinärt team där integrerade diagnoser och gemensamma team-mål för patienterna sätts upp. För att detta skall kunna realiseras behöver terapimötena hållas gemensamt med tandläkare och tandhygienister. Kommunikationen mellan professionerna är av yttersta vikt då deras gemensamma kunskapsbas förhöjer teamets expertis och möjliggör bästa tänkbara vård för patienten.

Några nyckelfrågor för framtida funderingar som hade varit intressanta att titta närmare på är till exempel

- Undersöka i hur stor utsträckning de anställda arbetar på sina legitimationer, hur vanligt är det att tandhygienisterna ändrar sin behandling utifrån den tandläkare som normalt sett behandlar patienten? Hur skall man kunna ändra detta och ge tandhygienisterna tryggheten att jobba på sin egen legitimation?
- Huruvida man skulle kunna underlätta och ta bort en del av tidspressen som skapar stress genom att låta en tandläkare ha "frågejour" så att tandhygienisterna känner att de har befogenhet att kunna fråga om hjälp och det är tydligt för alla inblandade vem man kan rådfråga vid specifika tidpunkter.
- Gemensamma terapimöten och de möjligheter till ökad kommunikation de skulle kunna föra med sig. Vilket sätt som är bäst att genomföra mötena på och hur deltagarna kan kommunicera.
- Kan man utforma journalsystemen på ett mer interprofessionellt sätt så att till exempel upprättade hierarkier inte understöds?
- Undersöka idéer till förbättring i regionen, finns det möjlighet att samordna ett system för delande av idéer mellan kliniker?
- Hur påverkas utsikterna för IPE på klinikerna om tandsköterskans roll också tas med i studien?
- Är interprofessionellt samarbete den bästa lösningen för att möta 1:1 i regionen, vad finns det för andra tänkbara lösningsalternativ?
- Vilka är nackdelarna med interprofessionellt samarbete, vilka områden skulle kunna försämrats genom införsel av IPE?
- Hur skall man gå vidare, finns det möjlighet till pilotstudier och benchmarking? Hur skulle implementering kunna se ut och lämpliga kliniker, ex VFU?

## Referenser

- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization.
- Armitage, H., Connolly, J., & Richard, P. (Juli 2008). Developing sustainable models of interprofessional learning in practise - The TUILIP project. *Nurse Education in Practise* 8.4 , 276-282.
- Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Business Research Methods* (Vol. 3). Oxford: Oxford University Press.
- Hwang, P., & Nilsson, B. (2014). Grupp-psykologi. i *Grupp-psykologi* (ss. 201-216). Stockholm: Natur & Kultur.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher* (29), 735-751.
- Hatch, M. J. (2002). *Organisationsteori - Moderna, symboliska och postmodernistiska perspektiv*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I. (2002). *Vad, hur och varför?* Lund: Studentlitteratur AB.
- McNeil, K. A., Mitchell, R. J., & Parker, V. (sep 2013). Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociology Review* 22.3 , 291-307.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey, USA: Prentice-Hall Inc.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of interprofessional care* , 15 (1), 29-35.
- Morison, S., Marley, J., & Machniewski, S. (2011). Educating the dental team: exploring perception of roles and identities. *British Dental Journal* , 211 (10), 477-483.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Singapore: Blackwell Publishing Limited.

## Appendix A – Intervjuguide

Känner du till termen interprofessionellt samarbete?

1. Skulle du säga att erat arbetssätt på kliniken speglar interprofessionellt samarbete?
2. På vilket sätt uttrycker sig detta? Styrkor/svagheter?
3. På vilken kompetensnivå skulle du säga att de anställda arbetar?  
Tandläkare, tandhygienist, tandsköterska?
4. Hur skall man förstärka samarbete över yrkesgränserna?
5. Känns det som att ni har högt i tak här, att ni har en bra kommunikation och att dina åsikter tas i beaktande?
6. Vad är det största irritationsmomentet för dig när du samarbetar med andra?