

Mälardalens högskola

Akademien för hållbar samhälls- och teknikutveckling

Kurs, SSO116, C uppsats i sociologi

Program, Välfärdsarbete med inriktning mot rehabilitering

Vårterminen 2009

Jag och teamet

En kvalitativ hermeneutisk studie om sjukgymnasters uppfattning om teamarbete.

Författare: Mika Juopperi

Examinator: Mohammadrafi Mahmoodian

Handledare: Lennart Carlsson

Sammanfattning

Syftet med denna kvalitativa studie var att utifrån från en hermeneutisk ansats intervju sjukgymnaster om deras uppfattning av teamarbete i relation till deras profession.

Frågeställningarna för studien gällde för- och nackdelar och legitimitet i relation till teamet samt om förändringarna i sjukskrivningsprocessen hade inverkan på arbetet.

Resultatet påvisade att kunskap utifrån flera kompetenser och ett gemensamt perspektiv uppfattades positivt. Negativt var att teamarbete tog tid och teammedlemmarnas attityd mot varandra. Legitimiteten uppfattades stark hos de flesta av sjukgymnasterna. Detta i form av självständighet, auktoritet, uppskattning från andra och trygghet i yrkesrollen. För närvarande uppfattade inte sjukgymnasten att förändringarna i sjukskrivningsprocessen medfört större skillnader i arbetet men det antogs att på sikt kunde det innebära bl.a. ökade patientkrav. Samverkan med försäkringskassan om förändringarna uppfattades som negativt. Den tidigare forskningen och teorierna befäste resultatet med små variationer.

Nyckelord, Sjukgymnast, hermeneutik, legitimitet, sjukskrivningsprocessen 2008, teamarbete.

Förord

Först och främst vill jag tacka de fem respondenterna som ställt upp på en intervju och för det vänliga bemötandet. Utan deras engagemang och öppenhet av att dela med sig av sina erfarenheter och uppfattningar om teamarbete och övriga aspekter, hade denna studie inte varit möjlig. Deras berättelser gav mig en inblick i deras dagliga arbete vilket har vidgat min kunskap och förståelse om innebörden av deras profession. Vill även tacka en vän som stöttat mig och fört en dialog med mig under forskningsprocessen samt övriga personer i min omgivning. Det har varit fascinerande och lärorik att arbeta med denna studie och den har gett mig grundläggande kunskaper om hur en forskningsprocess fungerar.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Problemformulering	2
1.2.1 Utgångspunkt för vald studie	2
1.2.2 Sjukgymnaster som respondenter.....	2
2 Syfte och frågeställningar	3
2.1 Syfte	3
3 Avgränsning, förtydligande, disposition och definitioner	3
3.1 Avgränsning och förtydligande	3
3.2 Disposition	4
3.3 Definitioner och förtydligande	4
3.3.1 Sjukgymnast	4
3.3.2 Håkan Sandbergs definition om team och olika teamuppsättningar i vården	5
3.3.3 Sociologisk legitimitet.....	6
3.3.4 Förändringarna i sjukskrivningsprocessen	6
4 Tidigare forskning	7
4.1 Tematisering av tidigare forskning	7
4.1.1 Förhållningssätt	7
4.1.2 Auktoritet	9
4.1.3 Yttre faktorer	11
4.1.4 Sammanfattning av tidigare forskning	12
5 Teoretiska utgångspunkter	12
5.1 Teoretiska utgångspunkter i relation till frågeställningarna.....	12
5.1.1 Roller och individen i teamet	12
5.1.2 Auktoritet och legitimitet	14
5.1.4 Förutsättningar för ett bra team	15
5.1.5 Sammanfattande beskrivningar från teorierna	16
6 Metod.....	16
6.1 Bakgrund och motivering till urval och metodval	16
6.2 Hermeneutik	17
6.2.1 Historisk tillbakablick	17
6.2.2 Viktiga huvudmoment i hermeneutiken i relation till studien.....	17
6.2.3 Hermeneutiska spiralen i relation till studien.....	18
6.3 Min förförståelse	19
6.4 Materialtyp och datainsamling	19
6.5 Urval.....	20
6.6 Genomförande	20
6.7 Reliabilitet, validitet och generalisering.....	21
6.8 Forskningsetiska riktlinjer.....	21
7 Resultat.....	22
7.1 Bakgrund till redovisning av resultat	22
7.2 Steg 1.....	23
7.3 Steg 2, Empiriska resultatet.....	24
7.4 Sammanfattning av empiriskt resultat.....	29

8 Diskussion.....	31
8.1 Steg 3 och resultatdiskussion	31
8.2 Avslutande kommentarer om resultat	34
8.2.1 Reflektion om sjukgymnaster i relation till teamet	36
8.3 Metodologiska reflektioner	37
8.4 Förslag på vidare forskning.....	39
Referenslista.....	40
Bilaga	42

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Enligt lagstiftningen ska en helhetssyn av individen präglade en rehabiliteringsprocess. Det innebär att alla aspekter gällande individens funktionsförmåga ska tas i beaktelse. Till exempel att sociala och arbetsmässiga förhållanden förutom de medicinska ska beaktas vid rehabilitering eller vid försäkringsmässiga utredningar.¹ Helhetssynen av individen medför bl.a. en samordning som i offentlig bemärkelse betyder att samordna t.ex. ekonomi och administration för att förbättra resursanvändningen. Begreppet samordning kan även ingå i begreppet samverkan, som då innebär samverkan mellan t.ex. myndigheter eller organisationer. Samarbete kan beskrivas som ett möte mellan individer som arbetar mot gemensamma mål.² När det handlar om minsta formen av arbetsorganisation inom offentliga - och privata organisationer betecknas det som team. Den består av ett begränsat antal individer som präglas av *särpräglad kompetens* som synliggörs vid teamarbete där olika sociala aspekter i den ska utveckla individen i teamet.³ Ett gott samarbete, gemensam värdebas, och gemensam utbildningsbakgrund är exempel på faktorer som skapar bra förutsättningar för team. Exempel på faktorer som begränsar ett teamarbete är, dåligt samarbete, ingen gemensam värdegrund, och mål som inte samexisterar.⁴

Begreppet arbetslinjen infördes på 1990-talet i syfte att genom rehabilitering hjälpa den sjukskrivne tillbaka till arbete. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringens mål var att få individer trots diagnos att återgå till arbete.⁵ De långa sjukskrivningarna har nyligen aktualiseras av regeringen med syftet att effektivisera rehabiliteringskedjan för att motverka att individer fastnar i långa sjukskrivningar. I ett led att få bukt med dessa långa sjukskrivningar har tidsbegränsningar av sjukpenningen införts, vilket medför förändringar i sjukskrivningsprocessen. Innebörden av det blir att den sjukskrivne beroende av hur länge sjukskrivningen fortgår prövas mot nya arbeten på eller utanför sin arbetsplats, om inga särskilda skäl föreligger.⁶ I kapitel tre under rubrik, definitioner och förtydligande beskrivs och utvecklas bl.a. teambegreppet och förändringarna i sjukskrivningsprocessen.

¹ Vahlne Westergäll, Bergroth & Ekholm, 2006, s. 48-51.

² Ibid., s. 127-129.

³ Sandberg, 1997, s.12.

⁴ Ibid., s. 53-58.

⁵ Lindqvist & Hetzler, 2004, s. 85-89.

⁶ <http://www.regeringen.se/sb/d/10386#item100828>, 2009.03.22.

1.2 Problemformulering

1.2.1 Utgångspunkt för vald studie

Utifrån inledningen uppstår frågan, uppfattas teamarbete som positivt eller finns det olika aspekter i teaminteraktionen som medför ett negativt arbetsklimat. Hur upplever den enskilda medlemmen i teamet, teamet som helhet och kan denne hävda sin ståndpunkt är en följdfråga som uppstår. En fråga som känns aktuell i sammanhanget är hur förändringarna i sjukskrivningsprocessen uppfattas av någon som är involverad i en rehabiliteringsprocess på *golvnivå*. Det vill säga är i direktkontakt med patienterna och är involverad i deras rehabiliteringsprocess. Kan ovanstående förklaras med tidigare forskning eller vedertagna teorier. Dessa funderingar gav upphov till vald studie som formuleras och utvecklas i nästa stycke.

1.2.2 Sjukgymnaster som respondenter

Besvär med rörelseorganen är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning som kräver vård och rehabilitering.⁷ Detta föranleder till ett antagande om att sjukgymnasten är en viktig länk i den processen, d.v.s. i rehabiliterings processen. Inom bl.a. hälso- och sjukvården har teamarbete blivit en allt vanligare arbetsmetod de senaste årtiondena och anses vara populärt inom dessa kunskapsorganisationer.⁸ Hur sjukgymnaster förhåller sig till begreppet teamarbete utifrån positiva och negativa faktorer är en fråga som uppstår. Utifrån det uppstår frågan, vilken betydelse legitimiteten har för den enskilda professionen i ett teamarbete. Detta utifrån sociologisk legitimitet, d.v.s. kan sjukgymnasten agera inom ramen för sitt kompetensområde och föra sin talan i ett team, och få ett erkännande i sin yrkesrelation i relation till andra professioner i teamet. Sociologisk forskning kopplat till sjukgymnasters uppfattning om teamarbete samt begreppet legitimitet i relation till det är knapphändig. Ett annat problemområde jag ämnar studera, är om de nya riktlinjerna i sjukskrivningsprocessen påverkar ett teamarbete eller arbetet för övrigt enligt sjukgymnasternas uppfattning p.g.a. av dess aktualitet. Detta är intressant att studera eftersom dess aktualitet ger studien samhällsrelevans. Sista övergripande frågan som uppstår är om det ovanstående kan relateras till och förstärka tidigare forskning och teorier eller framkommer det under forskningsprocessen att resultatet strider mot delar av dessa. Detta ämnar jag att studera kvalitativt genom att intervjua sjukgymnaster, som då utgör mitt empiriska forskningsunderlag som genom tolkning beskriver ett resultat för vidare diskussion.

⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/Sammanfattning.htm>., 2009.03.22.

⁸ Sandberg, 2006, s. 11-12.

2 Syfte och frågeställningar

2.1 Syfte

Syftet med studien är att studera sjukgymnasters uppfattning om teamarbete och vilken betydelse legitimiteten har för sjukgymnasten i relation till teamet. Målsättningen är även att studera sjukgymnasternas uppfattning huruvida ett teamarbete påverkas av begränsningar i sjukskrivningsprocessen.

Frågeställningar

- Vilka för- och nackdelar finns det med teamarbete i relation till det team sjukgymnasten ingår eller har ingått i?
- Uppfattar sjukgymnasten att denne har legitimitet i sin yrkesroll i relation till teamet?
- Har förändringar i sjukskrivningsprocessen betydelse för teamarbetet eller för det aktuella arbetet enligt sjukgymnasten?

3 Avgränsning, förtydligande, disposition och definitioner

3.1 Avgränsning och förtydligande

Respondenterna som ingår i studien ska arbeta som sjukgymnaster och på något sätt vara eller ha varit involverade i teamarbete på dennes arbetsplats och ha en uppfattning om detta. Det är det teamarbete som är eller har varit mest aktuell enligt sjukgymnasternas uppfattning som kommer att beskrivas. Övriga teamarbeten kan beskrivas om det anses relevant i relation till aktuella teamsituationen. För att förtydliga innebär detta att studien utgår ifrån hur sjukgymnasterna uppfattar sin upplevelse av teamarbete och legitimitet i relation till teamarbete. Därför kommer ordet uppfattning att övergripande användas i studien. Om sjukgymnasten inte i den aktuella situationen ingår i ett teamarbete i relation till de aktuella förändringarna i sjukskrivningsprocessen så utgår uppfattningen från den aktuella arbetssituationen. Vidare avgränsning är att begränsa intervjuerna till sjukgymnaster i Mellansverige. På grund av anonymitet, tidsaspekt och syftet kommer inte olika variationer mellan sjukgymnasterna t.ex. kön, bostadsort, arbetsplatser och yrkesverksamma år att diskuteras i studien. Målsättningen är dock att få en variation utifrån ovanstående för att

förhoppningsvis få en bredd och flera infallsvinklar att tolka materialet utifrån. Ytterligare begränsning är att fokus ligger på sjukgymnastens uppfattning om olika professioner i teamet, utan större hänsyn till externa organisatoriska faktorer eller professioner utanför teamet annat än vid aspekter som rör förändringarna i sjukskrivningsprocessen. Begreppet legitimitet i denna studie är inte utifrån det formella och juridiska legitimiteten i form av yrkesexamen utan behandlar istället sociologisk legitimitet. Vidare avgränsningar, förtydligande eller övriga kriterier kan komma att beskrivas under andra kapitel i studien. Viktiga begrepp eller andra ord med syfte att betona kommer att i de olika kapitlen att textas kursivt.

3.2 Disposition

Uppsatsen är indelad i åtta kapitel som nedan redovisas kortfattat utifrån huvudinnehållet för att kunna återge en överblick av studien. Kapitel ett beskriver bakgrund till denna studie och varför sjukgymnaster ingår i denna kvalitativa studie, för att i kapitel två formulera ett syfte och frågeställningar utifrån det. I detta kapitel tre redogörs avgränsning och förtydliganden, samt beskrivning om studiens disposition. Vidare även definition av sjukgymnast, teamuppbyggnader, legitimitet och förändringarna i sjukskrivningsprocessen.

I kapitel fyra beskrivs tidigare forskning och i kapitel fem presenteras det teoretiska underlaget. Eftersom studien är tolkande d.v.s. min tolkning av sjukgymnasternas utsagor, använder jag mig av den hermeneutiska metoden. Metoden som underlag för bearbetning av materialet beskrivs under kapitel sex. Vidare innehåller kapitel sex i stort beskrivning om min förförståelse, materialtyp, datainsamling, urval, och genomförande för att samla in material. Vidare även reliabilitet, validitet, generaliseringar och etiska riktlinjer. I kapitel sju presenteras resultatet av det empiriska forskningsunderlaget utifrån fem intervjuer av sjukgymnaster. Intervjumaterialet presenteras i form av framträdande kategorier. Resultatet relateras till tidigare forskning och teorier i kapitel åtta. Kapitel åtta innehåller även avslutande kommentarer, metodologiska reflektioner och förslag till framtida forskning. Sist ligger referenslistan och som bilaga intervjuguiden.

3.3 Definitioner och förtydligande

3.3.1 Sjukgymnast

Det krävs minst tre års högskole- eller universitetsstudier på sjukgymnastprogrammet för att bli sjukgymnast. Yrkestiteln är skyddad och legitimationen erhålls av socialtstyrelsen. De finns ett flertal specialistområden för fortsatt utbildning. Allmänt är att sjukgymnasterna är anställda i den offentliga sektorn.(landsting och kommun), men även arbete inom privata

företag förekommer. (företagshälsovård, friskvård och privata mottagningar) Sjukgymnaster är specialiserade på olika funktionsnedsättningar som kan begränsa rörelseförmågan hos individer, exempelvis stelhet, stress och muskelsvaghet utifrån en helhetssyn. Arbetet består i att utifrån olika metoder förbättra patientens grundförutsättningar. Detta möjliggörs genom att med motivation involvera patienter i den egna behandlingen. Arbetet kan även innebära undervisning av personal och patienter i bl.a. hur belastningar kan förebyggas. Även om sjukgymnasten har ansvar för behandlingen inom ramen för sin profession innebär arbetet en hel del kontakt med andra, t.ex. anhöriga, och andra vårdgivare. Att arbeta i team med övrig sjukhuspersonal inom sjukvården är vanligt förekommande.⁹

3.3.2 Håkan Sandbergs definition om team och olika teamuppsättningar i vården

Team allmänt

Ett team bör vara högst åtta till tio personer för att en problemlösande kommunikation ska fungera effektivt. Vidare att olika perspektiv inom teamet samspelar kring ett gemensamt ärende samt att den mångsidiga kompetensen i teamet utnyttjas.¹⁰ Team kan därmed beskrivas som en social enhet som består av en interaktion mellan yrkesverksamma. Begränsningen av antalet medlemmar i teamet medför ett gemensamt ansvar för den verksamhet teamet bedriver. Teamarbetet innebär ett stort ansvar för arbetssättet inom teamet.¹¹

Nedan följer en beskrivning av några olika teamuppsättningar som förekommer inom vården. Dessa kan även fungera som en bakgrund till hur sjukgymnasterna i denna studie definierar det team de ingår i.

Intradisciplinära teamet

Teamsammansättningen består av professioner med liknande utbildningsbakgrund. Till exempel läkare eller sjukgymnaster som träffas regelbundet i samband med arbetet. Var och en sköter sitt utan att blanda sig i andras huvudaktiviteter. De kan även ingå i andra team.¹²

⁹ <http://www.arbetsformedlingen.se/go.aspx?c=107> 2009.03.23. Arbetsförmedlingen sökord, sjukgymnast.

¹⁰ Sandberg, 2006, s. 15, 22-23.

¹¹ Sandberg, 1997, s.12-13.

¹² Sandberg, 2006, s. 147.

Multidisciplinärt team

Ett multidisciplinärt team kännetecknas av att medlemmarna i teamet enskilt utför sina aktiviteter och teamet innehåller olika professioner. Möjligheten till utnyttjandet av kollektiv kompetens och bedömningar är begränsat. Det finns med andra ord ingen klart uttalad organisatorisk lösning för samarbete även om arbetet berör samma klient som skickas mellan de olika professionerna.¹³

Interdisciplinära team

Det interdisciplinära teamet består av yrkesutövare med olika kompetenser som samarbetar, och är något som förväntas inom organisationen. Teamet utgår från att angelägenheterna är gemensamma. Det vill säga att arbetet utförs gemensamt trots olika specialiteter.¹⁴

3.3.3 Sociologisk legitimitet

Brante, Andersen och Korsnes definition av legitimitet är med hänvisning till följande citat ett förlopp i ett socialt system som, ”*rättfärdigas av sina medlemmar, dvs. de styrande ges rätten att utöva makt av de styrda. För att ett system skall anses vara legitimt krävs med andra ord enighet mellan de styrande och de styrda.*”¹⁵ Vidare hänvisar de till Max Webers beskrivning om det, ”*upprätthållandet av legitimitet anses vara det mest effektiva sättet att upprätthålla social ordning och sammanhållning i ett socialt system*”¹⁶ I relation till denna studie är teamet det sociala systemet som sjukgymnasterna ingår i och där de uppfattar sin legitimitet i relation till andra professioner.

3.3.4 Förändringarna i sjukskrivningsprocessen

Tidsbegränsningarna i sjukskrivningsprocessen innebär att den sjukskrivne de första 90 dagarna bedöms utifrån förmågan att klara av sitt ordinarie arbete eller annat lämpligt av arbetsgivaren erbjudet arbete. Efter 91 dagar grundar sig prövningen av sjukperioden på om den sjukskrivne kan pröva ett annat erbjudet arbete hos arbetsgivaren. Om inga särskilda omständigheter föreligger och om sjukskrivningen varat 181 dagar ska den sjukskrivne leta arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Särskilda skäl gäller vid tydliga diagnoser och i ett år. Undantag och förlängning ett år gäller vid t.ex. neurologiska sjukdomar, tumörsjukdomar och transplantation av vitala organ. Om personen arbetat 90 dagar från föregående sjukdomsperiod räknas inte den tidigare perioden med. Bakgrunden till förslaget är utifrån

¹³ Ibid., s. 147-148.

¹⁴ Ibid., s. 148.

¹⁵ Brante, Andersen & Korsnes, 2001, s.180-181.

¹⁶ Ibid., s.181.

antagande att vetenskapen om bristen på stöd vid sjukdom har medfört att individer fastnat i sjukskrivningar. Detta ska motverkas med tidiga insatser i rehabiliteringskedjan inom hälso- och sjukvården samt på arbetsplatser. Detta understöds av regeringen genom ett förslag om en rehabiliteringsgaranti samt en utveckling av företagshälsovården. Förändringen träder i kraft 1 januari 2009 samt gäller för sjukfall som påbörjas före 1 juli 2008.¹⁷

4 Tidigare forskning

4.1 Tematisering av tidigare forskning

Utifrån en genomgång av tidigare forskning har jag funnit tre vetenskapliga artiklar och två rapporter för att relatera dessa till resultatet i resultatdiskussionen. Eftersom studien har fokus på sjukgymnasternas uppfattning av team, legitimitet och förändringarna i sjukskrivningsprocessen, är forskningen vald utifrån det. Den tidigare forskningen är kategoriserad i tre teman, *Förhållningssätt*, *auktoritet* och *yttre faktorer* för att belysa forskningen utifrån det som anses relevant för studien. Detta eftersom dessa tre teman ger en bred forskningsöversikt mer olika infallsvinklar över studiens problemområde. Sökmotorn google och google scholar samt Mälardalens högskolas olika databaser användes (diva och social abstract) för att finna den tidigare forskningen.

4.1.1 Förhållningssätt

I en studie redogör Richardson, Lindquist, Engardt, och Aitman, för tio svenska och åtta engelska intervjuade sjukgymnaststudenters förväntningar om sin framtida profession som sjukgymnast. Studenterna i denna fenomenologiska studie fick till en början berätta om vilken kunskap de ansåg var av vikt för att bli en sjukgymnast. Bakgrunden till studien är den allt mer växande marknaden av vårdaktörer som utmanar den traditionella vårdgivande sjukgymnastkåren. Den professionella socialisationen som process är enligt studien bakgrunden till hur individen lär sig attityder och värderingar inför sitt framtida yrke. I studien delas det som framkommit av intervjuerna i fyra kategorier gällande studenternas uppfattning om sitt framtida yrke. Den första kategorin är *Acting professionally* och innebär för studenten att kunskap är vägen till bemötande och intagandet av ett auktoritärt förhållningssätt. Professionalismen ligger i att styrkan att veta vad som är rätt och fel för att agera rätt utifrån rådande kontext. Kunskapsinhämtningen ses som en kontinuerlig process för att hålla sig uppdaterad. Den andra kategorin *instructing* beskrivs att rollen sjukgymnast

¹⁷ <http://www.regeringen.se/sb/d/10386#item100828> 2009.03.26.

förknippas med kunskaper om kroppens struktur och funktion för att kunna ge patienten mekaniska instruktioner till att de ska bli botade. Behandlingen ligger t.ex. i att fixa den onda kroppsdelens genom träningsinstruktioner. I kategorin *caring* är ett holistiskt perspektiv på vård viktigt. Fokus ligger på patientens behov och i den ingår kroppskontakt med patienten och händerna är det viktigaste verktyget. Arbete i team ses som lärorikt för att få kunskap från andra. I sista kategorin *communicating*, är kommunikation en grundförutsättning för att kunna etablera en nära relation till patienten för att få en bakgrund till vad som kan ha orsakat skadan. Ur denna kontext anses yrket vara självständigt där arbetet utgår från egen kunskap. Rollen i team är att koordinera vård och vara en länk i vårdkedjan. Det framgår i studiens slutdiskussion att studenterna har en varierande syn på vad rollen som sjukgymnast innebär. Deras förhållningssätt på framtida yrkesrollen influeras av litteratur, tidigare vårderfarenheter eller utifrån mer informella möten, exempelvis föräldrar och vänner. I det sammanhanget är det viktigt att utbildningssamordnarna ger studenterna möjlighet till en yrkesidentitet som utgår från en bred bas för att kunna möta ett varierande vårdbehov. Det är viktigt att de får kunskap om teamwork och vilka färdigheter det kräver utan att tappa sin yrkesidentitet. Om inte detta tas i beaktelse i den utbildning som ges är risken att studenterna går ut sin utbildning med oförändrat perspektiv.¹⁸

En annan studie som också tar upp temat förhållningssätt, redogör Kvarnström för hur personal ur olika yrkesgrupper inom vården uppfattar teamwork utifrån olika infallsvinklar. Studien bygger på kvalitativa fokusgruppsintervjuer av 32 teammedlemmar från sex olika team och personliga intervjuer utav 18 medlemmar ur dessa team. I dessa intervjuer ingick även sjukgymnaster. Intervjuerna handlade om teamwork mellan olika professioner i vården och om hur de skapar innebörd i begreppet team. Resultatet från den första delstudien (fokusgrupp) om hur multiprofessionella teamet talar om sig själva visade på olika framträdande diskursiva mönster (*Vi, jag* och *de*) och hur de definieras av teamet. Begreppet *vi*, beskrivs bl.a. som ett team som effektivt arbetar för patientens bästa utifrån en bred kunskap och stöd av olika professioner i teamet. *Jag* används för att hänvisa till sig själv som en profession i teamet eller av någon utan anknytning till professionen. *De* kopplades samman med patient eller traditionellt arbetande individer samt individer som inte ingick i teamwork.

¹⁸ Richardson, B. Lindquist, I. Engardt, M och Aitman, C. (2002) *Professional socialization: students' expectations of being a physiotherapist*. School of Occupational Therapy and Physiotherapy, University of East Anglia, UK. Department of Physical Therapy, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Department of Rehabilitation Medicine, Danderyd Hospital, S-182 88 Stockholm, Sweden. Medical Teacher, Vol. 24, No. 6, 2002, pp. 622-627.

Delstudie två behandlade (personliga intervjuer) svårigheter i interprofessionell teamarbete. Det framgick att problem som kan uppkomma är när individens olika kunskapsområden integreras i teamet, i form av gränsdragning mellan olika roller. Det framkommer även att de uppstod problem med helhetsbilden när allas bidrag gällande kunskap inte värderade lika högt. Vidare påverkas teamen av förändringar i organisationen. Till exempel vid byte av team medlemmar eller fel sammansättning av team medlemmar utifrån patientens behov.¹⁹

4.1.2 Auktoritet

I en studie om makt, auktoriteter och territorium sätter DeWitt och Baldwin dessa begrepp i relation till hur den traditionella vården och dess professioner har påverkats av den allt större mångfald av olika specialityrken och den tekniska utveckling som ställer nya anspråk på ansvar och kompetens. Utvecklingen till en allt mer komplext och differentierad sjukvård har skett sen 1970-talet. Dagens vård kräver andra arbetsmetoder eftersom patienterna idag söker vård i förebyggande syfte och är inte alltid är akut sjuka vid besöket.²⁰

Enligt DeWitt och Baldwin har människan sedan urminnes tider haft behov av att markera sin position och bevaka sitt territorium och då inte bara på en politisk och ekonomisk arena, utan kan även observeras på individ- familje- och grupp-nivå. Detta kan även studeras utförligt inom djurvärlden. Studien beskriver att de traditionellt medicinska och medikaliserade arenorna där t.ex. barnafödande ingått är det en föränderlig process. Auktoriteten har förändrats under årens lopp från att vara en sköterskeuppgift, till att bli en läkaruppgift, för att på senare år återigen bli en legitim del av sköterskans yrkesroll. Det vill säga nya territorier bildas och de traditionella genomgår förändringar. Den som vill ha tillträde till invanda territorier, (arenor) måste vara beredd på att antingen ta över den aktuella medicinska arenan med samarbete eller erövring eller att skapa opinion för förändring. Eller finna nya områden eller ta över övergivna områden. En utväg kan också vara att försöka ändra nivån i argumenten eller finna nya vägar för att få arbetet präglas av konsensus²¹

Enligt beskrivningen i studien har makt många definitioner där makt utifrån legitimitet är den mest komplexa. Den innefattar kulturella, sociala och politiska dimensioner på makt. Det vill säga makten tilldelas t.ex. till dem som har makt i form av juridisk eller legitimitets auktoritet.

¹⁹ Kvarnström, S. (2007) *Interprofessionella team i vården En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner.*

²⁰ Dewitt, C. Baldwin, JR. (2007). *Territoriality and power in the health professions.* Journal of Interprofessional Care, Vol 21(Suppl1), Oct 2007, pp. 97-107

²¹ Ibid., (2007)

Det framkommer sammanfattningsvis i slutsatsen att på vilket sätt de olika termerna påverkar relationen mellan yrkesgrupper är beroende av situationens kontext. I studien framkommer det att ett samarbete mellan t.ex. läkare och sjuksköterska under vardaglig arbetssituationer kan vila på ett ömsesidigt beroende med respekt för varandras kompetens. Under andra förhållande vid t.ex. förhandlingar och möten mellan chefer för respektive yrkesgrupp kan förhållandet istället präglas av auktoritet, makt och oberoende eftersom fokus nu inte ligger på patienten. Vidare beskrivs i slutsatsen att relationen mellan vårdprofessioner även kan förstås utifrån andra termer än klassiska sociologiska makttermer. En föreslagen skala från beroende till oberoende är ett exempel i den.²²

En annan studie belyser temat auktoritet utifrån en yrkeskårs uppfattning om sitt yrke. Karlsson, Morberg och Lagerström redogör för hur 22 distriktssköterskor i Sverige genom fokusgruppintervjuer uppfattar sin yrkesroll i dagens samhälle. Bakgrunden till det är att distriktssköterskor har en lång tradition av att vara en självständig yrkeskår inom hälso- och sjukvården. Idag kännetecknas arbetet av att de är en del av ett team inom primärvården. Det framkommer i studien att den för distriktssköterskorna viktiga självständigheten fortfarande upplevs som positivt men anses ha minskat enligt flera distriktssköterskor. En orsak till det anses vara att självständigheten har påverkats negativt eftersom arbetet allt mer innebär en rapportering och beroendeställning till läkare. Eftersom arbetet kräver allt mer av dem och blir allt mer uppdelat känner de av ett minskat inflytande över sin arbetssituation. Distriktssköterskorna anser att deras auktoritet i yrket försämras i förhållande till andra närliggande professioner. Biståndshandläggare som har tagit över delar av distriktssköterskornas kvalificerade uppgifter t.ex. vårdbedömningar är en förklaring till bl.a. minskad makt. Vidare upplever distriktssköterskorna att deras arbetsbörda inom hemsjukvård ökat delvis p.g.a. att patienter lämnar sjukhuset fortare och att hemtjänsten inte visar förståelse för distriktssköterskornas förslag om vårdplanering.²³

Gällande teamarbete beskriver distriktssköterskorna det som positivt att flera yrkesgrupper samarbetar inom vårdcentralen och är en del av den dagliga planeringen. Det som upplevs negativt är att deras roll i teamet kan ersättas av t.ex. en undersköterska när de själva måste vid sjukdom ersätta mottagningsköterskan. Distriktssköterskorna känner att deras arbete inte

²² Ibid., (2007)

²³ Karlsson, B. Morberg, S och Lagerström, M (2006). *Starka som individer men svaga som grupp*. Vård i nordnorden 1/2006. Publ.No.79 Vol.26 No.1, PP, 36-41.

prioriteras på vårdcentralen. Enligt resultatdiskussionen anses disktriktsköterskornas professionella kunskap utgå från att vara erfarenhetsbaserad vilket i förhållande till vetenskapliga medicinska professionen saknar tyngd.²⁴

4.1.3 Yttre faktorer

I en studie redogör Andersson, Ekberg, Enthoven, Kjellman, Ockander, Skargren, Åkerlind och Öberg, för olika faktorer som påverkar individens återgång till arbete efter sjukskrivning utifrån bl.a. samhällsnivå och hälsoekonomi. I studien som bygger på en litteratursammanställning av andra internationella studier framkommer det att samverkan mellan olika aktörer i samhället är viktigt för den sjukskrivnes återgång i arbete, och som kan påverkas av olika regler för t.ex. bedömningar. Vilket även kan skapa hinder i samordnad rehabilitering t.ex. att regelverket leder till att den sjukskrivne måste anstränga sig för att bevisa att denne är sjuk för att få behålla sin sjukpenning. Exempel på aktörer är, företagshälsovård, försäkringskassan och läkare. Andersson m.fl. belyser att förändringar på en aktörsnivå kan påverka även andra nivåer. Det framkommer i studien att även om bidragssystemet regleras genom entydiga bedömningar utifrån biomedicinsk grund i lagstiftningen, så är sjukfrånvaron mer komplext än så. Exempel på en bestämningsfaktor för sjukfrånvaro i undersökningen är strukturella, där bl.a. socialpolitik och ersättningsregler ingår. Andra bestämningsfaktorer är bl.a. socialpsykologiska och organisatoriska.

Andersson m.fl. beskriver att hinder kan uppstå vid arbetslivsinriktad rehabilitering gällande olika aktörer som samverkar kring rehabilitering. Detta beskrivs med följande citat ” *hinder främst uppstår av fördröjningar i förmedling av information eller behandling och av ineffektiv kommunikation mellan aktörerna.*”²⁵ Det framkommer att en kombination av flera interventioner är viktiga för återgång till arbete än en enskilt riktad, samt att arbetet kring patienten ska utgå från andra faktorer än rent medicinska. Multidisciplinära program som involverar patienten att aktivera sig i sin sjukdom visar enligt studien tecken på positiva resultat för arbetsåtergång.²⁶

²⁴ Andersson, A. Ekberg, K. Enthoven, P. Kjellman, G. Ockander, M. Skargren, E. Åkerlind, I. och Öberg, B. (2003:1). *Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering?*

²⁵ Ibid., 2003, s. 29.

²⁶ Ibid., (2003)

4.1.4 Sammanfattning av tidigare forskning

Hur studenterna förhåller sig till sin framtida yrkesprofession och hur de bemöter patienterna influeras bl.a. av litteratur, vänner och tidigare värderfarenheter. Utifrån detta blir sammanfattningen att hur sjukgymnaststudenterna ser på innebörden av sin framtida profession, präglas av deras attityder och värderingar. Gällande samarbete mellan olika vårdprofessioner blir sammanfattningen att *vi, jag* och *de* är diskursiva mönster som framträtt gällande när ett multiprofessionellt team talar om sig själva. Svårigheter som kan uppstå vid interprofessionellt teamarbete är bl.a. när olika kunskapsområden integreras i arbetet samt när allas kunskap i teamet inte värderas lika högt samt vid organisatoriska förändringar. Territorium och makt inom vården kan sammanfattas med att makt kan definieras utifrån vilken kontext som den åberopas i. Situationen avgör hur makten uttrycker sig, t.ex. om den sker under vardagliga eller formella former. Disriktsköterskornas beskrivning av sin yrkessituation kan sammanfattningsvis beskrivas att de upplever en minskad självständighet gentemot andra professioner. Detta har att göra med omstruktureringar av deras arbete vilket innebär ett minskat inflytande. Teamarbete upplevs positivt men även där känner de att deras kompetens inte värdesätts fullt ut. Att flera aktörer arbetar med insatser kring den sjukskrivnes rehabilitering kan ses sammanfattningsvis som positivt för att denne kan återgå i arbete. Informationsbrister och ineffektiv kommunikation är exempel på brister i samverkan mellan aktörerna, eller att olika regler skapar hinder för arbetsåtgång för den sjukskrivne.

5 Teoretiska utgångspunkter

5.1 Teoretiska utgångspunkter i relation till frågeställningarna

Två klassiska sociologiska teorier samt en modern teori får utgöra teoretisk bakgrund för att kunna relatera dessa till mitt empiriska forskningsmaterial. Begrepp och innehåll ur respektive teorier är valda utifrån det som anses vara relevanta för studien och dess frågeställningar.

5.1.1 Roller och individen i teamet

Erwing Goffmans bok handlar om det dramaturgiska perspektivet som innebär att livet är att likna med ett teaterframträdande och hur individen finner sin roll i framträdandet.²⁷

En individs framträdande kan enligt Goffman relateras till en fasad som innebär hur individen medvetet eller omedvetet framträder inför andra. Den fasad individen åtar sig i sin roll i en situation kan vara institutionaliserad i den mening att den fasad rollen innebär redan är en

²⁷ Goffman, (2002)

etablerad befäst roll. Detta betecknas som *kollektiv representation* som innebär att fasaden är ett val för tillfället. Goffman relaterar med ett exempel begreppet fasad till sjukvården där rätten att ge narkos kan skapa auktoritets dilemman gällande att välja lämplig fasad för det som förväntas av situationen. Att ge narkos är enligt läkarna under deras värdighet samtidigt som de anser att sköterskorna inte har rang nog för detta.²⁸ Goffman beskriver att när individen är i interaktion med andra förtydligar denne sitt framträdande genom att framhäva sitt agerande så att den ska bli meningsfull för andra. De problem som kan uppstå för den agerande i sin strävan att agera utifrån förväntningarna, kan innebära att individen fixerar sig så mycket på uppmärksamheten från andra att denne glömmer bort att utföra det som ingår i själva framträdandet. Detta betecknar Goffman som *ett dramatisk förverkligande*.²⁹ Vidare fortsätter Goffman med att beskriva framträdandet som en socialisationsprocess där framträdandet socialiseras till att passa in under de förväntningar som finns som en förutsättning för agerandet. Goffman betecknar detta som *idealisering*.³⁰ När Goffman beskriver team betecknar han detta som att individer samarbetar utifrån en framställd rutin. Vidare fortsätter han att medlemmarna i ett team inte är medlemmar för deras personalstatus. Utan istället är de medlemmar i egenskap av det samarbete som krävs för att upprätthålla definitionen av kontexten.³¹

Goffman beskriver att teamet och dess medlemmar agerar olika beroende av om de har publik eller inte, vilket han betecknar som den *bakre och främre regionen*. Den *bakre regionen* kännetecknas av en plats där teamet diskuterar sitt framträdande och där individerna kan kliva ur fasaden samt den roll denne gestaltar. De som inte anses tillräckligt bra representera framträdandet tränas upp eller gallras bort. Den bakre regionen innebär även att ingen publik är närvarande vilket innebär möjligheten att anförtro hemligheter och att individen vill känna sig bekräftad för den roll denne innehar utanför regionen. Vidare att teamet ska stärka moralen beroende hur framträdandet gått och till sist ingår det även frihetsinskränkningar gällande vissa aktiviteter. Goffman relaterar det sistnämnda till att hålla ett yttre sken av anständighet t.ex. att männen plockar bort nakenbilder på kvinnor när kvinnor närvarar.³² Den *främre regionen* karaktäriseras av att det är här framträdandet äger rum. Individen kan försöka ge ett intryck av att upprätthålla och förkroppsliga de *hövlighetsnormer* som ingår i

²⁸ Ibid., s. 28-35.

²⁹ Ibid., s. 35-38.

³⁰ Ibid., s.39.

³¹ Ibid., s. 75, 95.

³² Ibid., s. 101-102, 115-116.

framträdandet. Detta i form av hur denna talmässigt behandlar publiken. *Anständighetsnormer* i form av t.ex. att visa respekt och inte lägga sig i andras angelägenheter, följt av aktsamhet och uppfyllandet av arbetsnormer. Detta för att göra ett gott intryck eller för att undvika sanktioner om uppträdandet är felaktigt.³³

Goffman beskriver individen som en rollgestalt där individen som jag sammanfogas och blir den roll denne gestaltar. Det vill säga för att citera Goffman ”*jaget- är en produkt av en scen som spelas upp och är inte orsak till den.*”³⁴ När jaget analyseras enligt Goffman avlägsnas denne från sig själv och är en produkt för en kollektiv representation av en situation.³⁵

5.1.2 Auktoritet och legitimitet

Max Weber definierar *makt* utifrån vilken sannolikhet någon får sin vilja igenom även vid motstånd i sociala relationer. *Auktoritet* i sin tur innebär enligt Weber hur troligt det är att en bestämd order åtlids av för ändamålet avsedda personer. Auktoritet handlar inte bara om inflytande och makt utan motiven kan variera men förutsätter dock att auktoritetsförhållandet bygger på ett minimum av intresse till lydnad.³⁶ Det som kännetecknar den sociala relationen är att den kan betecknas som en organisation som både kan vara öppen, sluten eller att utomstående tillträde regleras. Detta eftersom särskilt utvalda som t.ex. chef, administrativ personal övervakar att reglerna efterföljs då dessa även själva representerar organisationen.³⁷

Weber beskriver att auktoritet i en organisation kan relateras till begreppet legitimitet eftersom varje system som bygger på auktoritet skapar en grund för att vidmakthålla sin legitimitet. Weber kategoriserar tre varianter av legitim auktoritet. Den första är *legal auktoritet* d.v.s. *rationella skäl* som innebär personers rätt att ge anvisningar utifrån den förskrivna ordningens legalitet. Byråkratiska administrationen är enligt Weber den renaste formen av legal auktoritetsutövning. Det innebär kortfattat och sammanslaget att de anställda befinner sig i hierarkiska positioner med bestämda strukturerade kompetensområden med en fast lön utifrån det. Lydnaden innefattar det som rör arbetet och kvalifikationerna är bestyrkta. Tjänsten möjliggör en karriär och betraktas av innehavaren som huvudycket och är inte bundna till ägande av medlen för administrationen. Till sist att tjänsten innebär att den anställda inom den byråkratiska administrationen är bunden att följa en systematisk disciplin

³³ Ibid., s. 97-99.

³⁴ Ibid.,s.218-220.

³⁵ Ibid., s. 218-220.

³⁶ Weber, 1983, s. 37-38, 144,

³⁷ Ibid., s. 34.

och kontroll och befordran är beroende av överordnades omdöme. Denna byråkrati kan finnas t.ex. på privata kliniker.³⁸

Den andra *traditionell auktoritet* d.v.s. traditionella skäl innebär auktoritetsutövning som grundar sig på förståelsen att etablerade gamla traditioner styr legitimiteten bakom handlingen. Auktoriteten bygger på personlig makt utifrån gamla normer där lojaliteten är viktig och varken härskaren eller tjänarna ingår i en byråkratisk stab.³⁹ Den sista *karismatisk auktoritet* d.v.s. *karismatiska skäl* utifrån en persons exceptionella egenskaper avgör vördnaden av denne. Ledaren betraktas inneha övernaturliga krafter vilket inte kan innehas av vanliga individer.⁴⁰ Dock är det viktigt att betona att Webers legitimitets auktoriteter är idealtyper som i normala fall inte existerar som en ren form.⁴¹

5.1.4 Förutsättningar för ett bra team

Håkan Sandberg beskriver i sin bok om teamarbete inom hälso- och sjukvården. Som det framgick i inledningen har teamarbete inom olika välfärdstjänster blivit en allt vanligare samarbetsform de senaste årtiondena. I boken använder sig Sandberg bl.a. av två centrala begrepp som han anser är viktiga förutsättningar för team, dessa är *synergier* och *målbild*.⁴² *Synergi* innebär i ett socialt arbetssammanhang att samarbete i ett team utgår ifrån ett ömsesidigt givande och tagande som skapar ett mervärde, d.v.s. en samarbetsvinst. Om denna kommunikation i teamet fungerar bra kan mervärdet beskrivas enligt Sandberg med termen, ” $1+1=3$ ”.⁴³ Motsatsen till begreppet synergi är *synergi loss* vilket innebär att teamets resultat skulle bli bättre om var och en arbetade enskilt.⁴⁴ Det andra begreppet *målbild* innebär att teamarbetet präglas av en rimlig samstämmighet och är medvetna om vart arbetet ska leda. Då är det inte bara det som är bäst för patienten som gäller utan även målen ska även ställas i relation till resultat, rimlighet, ekonomi och kompetenser. Sammantaget blir denna gemensamma värdebas det som gör en grupp till ett fungerande team utifrån synergi och målbild där det dessutom ges möjligheter till reflektion över aktiviteterna.⁴⁵

³⁸ Ibid., s.149-150

³⁹ Ibid., s.146,154-155.

⁴⁰ Ibid., s.146, 166.

⁴¹ Ibid., s. 147.

⁴² Sandberg, 2006, s.15.

⁴³ Ibid., s. 20.

⁴⁴ Ibid., s. 20.

⁴⁵ Ibid., s. 21-25.

Ett gemensamt språk är ett viktigt verktyg för ett fungerande team, där erfarenheter, värderingar, referenser och språkbruk utifrån likvärdiga grunder underlättar samarbetet. I ett team är kompetenser och individens klarhet över sin roll viktig i sammanhanget för att ett gott arbetsklimat ska råda. Arbetsklimat innebär enligt Sandberg hur individen värderar kommunikationen i det närmaste teamet utifrån en helhetsbild.⁴⁶ Följande citat betonar vikten av kompetens i ett team för att gott arbetsklimat ska råda. *”Det är viktigt i att individerna har olika kompetens och verkligen visar denna särskilda kompetens i teamets komplexa problemlösning. Samtidigt är det centralt att det finns en för alla gemensam kompetens, som används i teamarbetet.”*⁴⁷

Sandbergs begrepp *omvärlden* är förknippat med yttre externa faktorer som kan påverka teamet, t.ex. lagstiftning och regelverk. Ur det här perspektivet måste ett team förutom att vara effektiv även kunna hävda sin legitimitet mot vedertagna tankesätt i den för offentliga verksamheten tydliga externa omvärlden nämligen den politiska sfären.⁴⁸ Sandberg beskriver att förändringar kan leda till att teamet påvisar motstånd till det. För att förändringsarbetet ska förankras i teamet gäller det att teamet har en bevakning och uppfattningen om förändringar i omvärlden och dess innebörd för teamet.

5.1.5 Sammanfattande beskrivningar från teorierna

Det som kännetecknar teorierna för att genom en kort sammanfattning knyta samman delar av dem är att individen intar en roll beroende av situationens kontext och agerar därefter. Den sociala relationen bygger på olika auktoriteter för att vidmakthålla legitimiteten i den. Till sist är ett teams funktion beroende av olika faktorer som skapar en sammanhållande länk samt hur teamet förhåller sig till externa faktorer.

6 Metod

6.1 Bakgrund och motivering till urval och metodval

Som det har framkommit bygger denna studie på sjukgymnasters uppfattning som ett empiriskt underlag till mina forskningsfrågor. Detta angreppssätt är att beteckna som en kvalitativ metod som kortfattat innebär att metoden inte är ute efter generaliseringar utifrån allmängiltiga förklaringar. Istället eftersträvas en djupare förståelse och närhet till det som

⁴⁶ Ibid., s. 42, 97.

⁴⁷ Ibid., s. 24.

⁴⁸ Ibid., s. 37-39, 45-46, 154.

studeras.⁴⁹ Med detta som bakgrund blir motiveringen att en hermeneutisk ansats är lämplig som angreppssätt för studien, vilket utvecklas mer detaljerat under nästa rubrik. Detta ger mig möjlighet att skaffa mig strategier, förståelse och verktyg för att tolka meningen av sjukgymnasternas egna berättelser. Detta även med hjälp av tidigare forskning och teorier. Eftersom jag kvalitativt ämnar studera sjukgymnaster blir mitt angreppssätt intervjuer där dessa undersökningsspersoner blir urvalet för studien. Intervjuerna kan liknas med *respondentintervju* som innebär att de som intervjuas är involverade i den företeelse som studeras.⁵⁰ Detta innebär att det i studien finns inslag av fenomenologi, eftersom den beskriver hur en individ upplever meningen av en företeelse. Studien utgår dock från en hermeneutisk fördjupning och är inte ute efter att finna kärnan i företeelsen eftersom studien är tolkande.⁵¹

6.2 Hermeneutik

6.2.1 Historisk tillbakablick

Begreppet hermeneutik härstammar från antika Grekland och ordstammen förknippas med gudanamnet Hermes som förmedlade budskap mellan gudar och dödliga. Förutom det så var denne gud även *tjuvarnas gud*. Det sistnämnda att stjäla ger en bild över vad hermeneutik förmedlar. Det vill säga genom tolkning stjåls andras tankar vilket är befogat så länge det inte handlar om van- eller övertolkningar eller att tolkningen innebär skada till det som tolkas. På 1700 - talet utvecklades hermeneutiken till att tolka texter som inte enbart förknippades med bibeltolkningar som då enbart hade varit förunnat prästerskapet.⁵²

6.2.2 Viktiga huvudmoment i hermeneutiken i relation till studien

Beskrivningen av huvudmomenten i hermeneutik är viktiga i relation till min tolkningsprocess eftersom det kan möjliggöra fördjupad och utvecklad förståelse. Förtydligas bör att momenten inte är fristående från varandra⁵³ *Tolkning* innebar ursprungligen översättning av ursprungstext. För att förstå den mänskliga verkligheten ligger möjligheten i tolkningen och därmed presenteras förståelsen för andra och för den som själv tolkat. *Förståelsen* är ett vitt begrepp men den kan relateras till insikt om hur något uppfattas som. Förståelsen kan förändra individen livssituation och betecknas även som hermeneutisk förståelse.

Förförståelsen är grunden till förståelse och utgår från tidigare erfarenheter, lärdomar, känslor

⁴⁹ Holme och Solvang, 1997, s. 91-94.

⁵⁰ Ibid.,s.104.

⁵¹ Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008, s. 89-90, 231-232.

⁵² Gustavsson, 2003, s. 72-73.

⁵³ Ibid., s. 76.

och upplevelser. I förförståelsen ingår även bl.a. individens språk och trosuppfattningar och är därmed inte neutral i sin uppfattning. Förförståelsen blir aktuell genom tolkning och medverkar till hur något uppfattas. Vid fortsatt tolkning kan feltolkningar rättas till och ändra ursprungsuppfattningen. Förförståelsen finns med i alla liv vilket medför att inget går att tolka förutsättningslöst utifrån givna ramar. Sista momentet *förklaring* är i nära relation med förståelse för att kunna förklara tolkningen måste förståelsen finnas med i bilden eller vice versa. Den hermeneutiska processen kan fortgå via förståelsen som har sin bakgrund i den historiska förklaringen. Den innebär att den tidigare teoretiska kunskapen ligger till grund för den tolkning som förklaras utifrån den aktuella kontexten.⁵⁴

6.2.3 Hermeneutiska spiralen i relation till studien

Att tolka och förstå innebörden av något kan likas med att lägga pussel där bilden efter ett tag blir tydligare när allt fler bitar passar ihop och ett mönster framträder. Detta blev möjligt genom en pendlingsprocess och ett samspel mellan hel och del och vice versa i pusslet. Detta förfaringssätt kan betecknas som den *hermeneutiska cirkeln*.⁵⁵ Den tolknings- och förståelseprocess som jag använder mig av vid analys av materialet bygger på den *hermeneutiska spiralen*. Genom detta förfaringssätt blir inte cirkeln sluten genom att sista pusselbiten är lagd utan istället blir omtolkningen genom att förståelsehorisonten utvidgas.⁵⁶ I mitt fall kan detta innebära att vid tolkningen av sjukgymnasternas utsagor kan något nytt och oväntat framträda som ligger utanför min förståelsehorisont. Detta kännetecknas att spiralen möjliggör att förståelsen ändras i takt med kunskapsprocessen.⁵⁷

Förståelsen är en viktig förutsättning för spiralen och enligt Gadamer är det viktigt att tolkningen utgår som en fråga. Genom att fråga finns viljan att veta om något som det inte finns kunskap om. *Det öppna frågandets princip* innebär att vid tolkning gäller det att ta hänsyn till kunskapsbrist samt den som undersöker riskerar under processen bli förändrad av materialets svar.⁵⁸ Detta innebär att jag måste ha ett kritiskt förhållningssätt till det jag tolkar så att min egen attityd inte präglar tolkningen och missar därmed det som egentligen finns att finna i materialet. Som det har framkommit kan jag inte bortse från det jag har med mig i bagaget men genom den öppna spiralen innebär måste jag hela tiden ha i åtanke hur det påverkar tolkningen. För att återgå till Gadamer är det viktigt att vara medveten om vilket

⁵⁴ Ibid., s. 74-77.

⁵⁵ Ödman, 2007, s. 98-100.

⁵⁶ Ibid., s. 103-105.

⁵⁷ Ibid., s. 103-105.

⁵⁸ Ibid., s. 105-107.

förhållningssätt som präglar förförståelsen. Enligt Gadamer är en öppenhet som bygger på att utvidga eller förändra förståelsehorisonten beroende av aktuell horisont viktigt. Detta gäller även förförståelsen, vilket innebär att dess innebörd i tolkningsprocessen bör beskrivas för den som tar del av materialet.⁵⁹

6.3 Min förförståelse

Den förförståelse jag har med mig i tolkningsprocessen utav sjukgymnasters utsagor är präglad av lärdomar via kunskap förvärvad genom pågående högskoleutbildning. Genom utbildningen har jag bl.a. fått kunskap om vilken betydelse interaktionen med andra har för den enskilde i en grupp eller för hela samhället. Till exempel vilka bakgrundsfaktorer som styr individens eller samhällets värderingar, attityder och normer och då ofta i relation till olika rehabiliteringssammanhang. Denna teoretiska förförståelse är även bakgrund till vald studie och dess syfte. Detta medför att jag kan relatera sjukgymnasternas utsagor till ett bredare sammanhang utifrån olika teoretiska förklaringsmodeller för att inte vara för snäv i mina tolkningar. Som det tidigare nämndes är det viktigt att vara medveten om sin förförståelse och inte bortse ifrån den för att åter hänvisa till Gadamer. Ett exempel på en egen förförståelse som präglar mitt perspektiv är att läkaren utifrån sociologiskt perspektiv ofta förknippas med en auktoritär ledande position inom vården. För att undvika att detta präglar min tolkning så har jag inga direkta frågor om läkarens betydelse i teamet. Om det framkommer vid intervjun att läkaren eller även någon annan yrkesgrupp betonas som auktoritär så kan jag vid det tillfället be sjukgymnasterna utveckla resonemanget. En hermeneutisk situation kan enligt Gadamer beskrivas för att citera, ”*som ett möte mellan två förståelsehorisonter. Två existentiella världar konfronteras.*”⁶⁰ För att relatera till mig själv innebär det att jag utifrån min värld möter sjukgymnastens.

6.4 Materialtyp och datainsamling

Som det har framkommit består materialet av inspelade intervjuer av fem sjukgymnaster. En intervjuguide med specifika teman som intervjun skulle beröra gjordes i ordning innan första intervjun. (Bilaga) Själva tillvägagångssättet kan benämnas som en *semi-strukturerad intervju*.⁶¹ Det innebär att den som intervjuas inte behöver utgå från att besvara frågor i en bestämd ordning. Intervjuaren kan även komma med tillägsfrågor för att knyta an till de

⁵⁹ Ibid., s. 237-240.

⁶⁰ Ibid., s. 124.

⁶¹ Bryman, 2007, s. 301.

frågor som besvarats.⁶² Själva guiden består av sju frågor men frågeställningarna utgör huvudtemat för denna studie. Dessa är för att repetera,

1. Vilka för- och nackdelar finns det med teamarbete i relation till det team sjukgymnasten ingår eller har ingått i?
2. Uppfattar sjukgymnasten att denne har legitimitet i sin yrkesroll i relation till teamet?
3. Har förändringarna i sjukskrivningsprocessen betydelse för teamarbetet eller för det aktuella arbetet enligt sjukgymnasten?

6.5 Urval

Totalt ska det empiriska materialet bestå av intervjuer utav fem sjukgymnaster. Mina urvalskriterier gällande sjukgymnasterna var att de måste vara yrkesverksamma samt att de har en uppfattning om teamarbete utifrån vilket är beskrivet under rubriken avgränsningar och förtydligande. Vidare är ett kriterium att försöka få lite spridning gällande kön, ort, arbetsplats och antalet yrkesverksamma år. Eftersom jag har teorier och tidigare forskning som underlag till mina forskningsfrågor samt att sjukgymnasters uppfattning är avgörande för innehållet, är urvalet att beteckna som systematiskt. Detta innebär att urvalet utgår från bestämda kriterier för att strategiskt anpassas till vald studie, för att försöka få ett brett innehåll samt att sjukgymnasterna ingår i det fenomen jag ämnar studera.⁶³

6.6 Genomförande

Själva tillvägagångssättet med att finna medverkande sjukgymnaster var via telefonnummer, mailadresser som jag fann efter en visualisering på nätet med hjälp av sökmotorn google. En respondent fick jag tag i via en kontakt, som senare ringdes upp. Två av respondenterna kontaktades per telefon på deras direktnummer. Två kontaktades via mail med information om syftet med uppsatsen. Alla respondenter kontaktades ytterligare innan intervjun via telefon, sms eller mail för att bestämma tid och plats eller för mer information angående studien. Vid första kontakt med respektive sjukgymnast tillämpades *först till kvarn* metoden. Med andra ord respondenterna valdes i den ordning de ville delta om de ansågs lämpliga utifrån kriterierna. Själva intervjuerna genomfördes på respektive sjukgymnast arbetsplats. Intervjuerna varade mellan 45 till 60 minuter och spelades in. Förutom att samtalet spelades in gjorde jag även skriftliga noteringar. Efter intervjun blev respektive sjukgymnast tillfrågad om möjlighet att återkomma med eventuella frågor vid oklarheter vilket alla godkände.

⁶² Ibid., s. 301-302.

⁶³ Holme och Solvang, 1997, s. 101-105.

6.7 Reliabilitet, validitet och generalisering

För att borga för en hög reliabilitet med hänvisning till Kvale, undvek jag ställa ledande frågor dock med undantag om jag ville rikta in samtalet till att utveckla ett resonemang eller beröra områden som kunde var intressanta för studien. Vidare att det inspelade innehållet transkriberades till text utifrån respondenternas egna ord.⁶⁴ För att kunna ha en grund till att förmedla ett resultat med god validitet, har jag använt mig med hänvisning till Kvale av tre infallsvinklar av validering. Den första är att jag delger mitt perspektiv och att jag kritiskt kontrollerar mina tolkningar av sjukgymnasternas intervjuer. Vidare att jag ifrågasätter innehållet genom att ställa frågorna vad och varför jag kom fram till det jag tolkat. Till sist att jag har en teoretisk föreställning om det jag undersöker för att kunna se om min metod undersöker det den ska undersöka.⁶⁵ Gällande generalisering är inte syftet med studien som det tidigare har beskrivits med hänvisning till Bryman, att den ska vara representativ för alla sjukgymnaster. Istället beskriver kvalitativt forskningsresultat enbart den kontext utifrån vilket den har producerats.⁶⁶ Det sistnämnda förtydligas med följande citat ur Bryman. ”Resultaten från den kvalitativa forskningen ska istället generaliseras till teori och inte till populationer. Det är den bindande kraften i det teoretiska tänkandet”⁶⁷

6.8 Forskningsetiska riktlinjer

Vid första kontakten och innan intervjuerna blev respondenterna informerade om att deras identitet, arbetsplats samt materialet d.v.s. intervjuerna och övrig känslig information enbart skulle vara för min kännedom. De fick även information att innehållet i studien inte skulle gå att spåra till dem som person. Vidare fick de veta att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas samt att anteckningar och det intervjuade materialet skulle förstöras när uppsatsen blir godkänd. De forskningsetiska riktlinjerna låg till grund som information till respondenterna utan närmare fördjupning är, ”Konfidentialitetskravet, informationskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet”⁶⁸

⁶⁴ Kvale, 1997, s. 145-152, 213.

⁶⁵ Ibid., s. 218-221.

⁶⁶ Bryman, 2007, s. 270-271.

⁶⁷ Ibid., s. 271.

⁶⁸ Vetenskapsrådet, *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*, Vetenskapsrådet. s. 7-14.

7 Resultat

7.1 Bakgrund till redovisning av resultat

Under föregående metodavsnitt beskrevs att jag använder mig av den hermeneutiska metoden vid tolkning av material. Utifrån denna kunskap och med stöd och hänvisning till litteratur om hermeneutik har jag sammanställt en modell där resultatredovisningen delas in i tre steg. (figur 1) Noteras bör att steg ett är förberedande inför själva resultat i steg två och steg tre presenteras i resultatdiskussion under kapitel åtta. Detta för att presentera vilket tillvägagångssätt som ligger grund för min tolkning av materialet. Bakgrunden till modellen är Gustavssons bok, *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskapen* i vilken bl.a. Ödman beskriver om hermeneutik och om olika verktyg samt tekniker som är tillämpbara för att kunna införa kontrollmoment av tolkningsarbetet. Detta för att läsaren ska ges möjlighet att kunna kontrollera och granska tolkningsarbetet.⁶⁹ Ett av verktygen är att transkribera textens talspråk ”*som det upplevs i tal.*”.⁷⁰ Exempel på andra verktyg som även har legat som grund till modellens olika steg vid arbetet med intervjumaterialet är för att citera: ”*Vi /.../ medverkar till att texter produceras söker och finner relevanta texter*” ”*bearbetar texter*” ”*finner och tar del av kontexter (liknande forskning, litteratur i ämnet etc.)*” ”*tolkar texter inomtextligt och kontextuellt.*”⁷¹

En viktig aspekt att beskriva är hur jag skrivit ut intervjuerna. I största mån har jag återgett sjukgymnasternas egna ord ordagrant men med undantag med hänvisning till Kvale och beskrivningen nedan. Eftersom jag ska ge ett intryck av allmän karaktär och att analysen bl.a. sker genom kategoriseringar kan vissa redigeringar göras. Att notera en kort paus eller respondenternas känslomässiga toner sker utan närmare fördjupning vilket däremot förekommer vid psykologiska tolkningar.⁷² För att nämna ett exempel har jag inte noterat suckar, hummande, eller deras känslomässiga uttryck, i annat fall än om det varit extra påtagligt. Gällande sjukgymnasternas egna ord har jag ändrat vissa talspråks uttryck som ”*å*” till och.

⁶⁹ Gustavsson, 2003, s. 81.

⁷⁰ Ibid., s. 83.

⁷¹ Ibid., s. 83.

⁷² Kvale, 1997, s.155-157.

Intervjuerna genomfördes mellan 3 och 15 april 2009. Namnen som förekommer i resultatet är fingerade och antal år i yrket delas in i grupperna, upp till 6 år, 6 till 12 år, och över 12 år. På grund av anonymitetsskäl beskrivs inte alla detaljer kring professionen eller utbildning. Vid tolkningen av materialet har det framkommit att de team som respektive sjukgymnast ingår i eller har ingått i arbetar kring patienter som har ett vårdbehov av varierande grad. Detta innebär att jag i fortsättningen inte lägger någon större vikt på patienternas specifika vårdbehov i olika team. Gällande olika professioner framgick det att läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare (psykolog, socionom, kurator) och ibland sjuksköterska ingår eller ingick i stort alla respondenters team. Innebörden av det blir att dessa olika professioner får utgöra teamsammansättningen för alla sjukgymnaster såvida det inte påverkar trovärdigheten. När någon profession i teamet är särskilt betonad mer än andra av sjukgymnasterna kommer detta beskrivas separat.

Figur 1, Tabellen är framställd med litteratur som underlag.⁷³

Steg 1	Förberedande steg inför resultatredovisningen. En översikt presentation av sjukgymnasternas utbildningsnivå samt hur respektive sjukgymnast ingår eller har ingått i teamarbete och hur länge de arbetat i yrket.
Steg 2	Utifrån kvaliteter som framträder ur det empiriska forskningsmaterialet skapas olika kategorier genom att intervjuernas primärtext jämförs med varandra. Detta även med hjälp av framträdande citat av sjukgymnasternas egna ord.
Steg 3	Tidigare forskning och teorier relateras till resultatet. Allt i relation till frågeställningarna som är indelad i fyra teman till kategorierna i steg 2 och som även innefattar en ny överblicksmodell för att förmedla ett helhetsmönster.

7.2 Steg 1

Presentation

Alla respondenter har genomgått en sjukgymnastutbildning och har behörighet för att kunna praktisera sitt yrke. Utöver detta har alla även byggt på med både högskole- och universitetskurser och övrig utbildning med anknytning till arbetet. Exempel på utbildningar och kurser utöver sjukgymnast utbildningen är psykologi, beteendemedicin, neurologi, akupunktur, idrottsmedicin, konflikthantering, bemötande inom sjukvården, och ergonomi. Nedan följer en kort presentation över respondenterna med fingerade namn.

⁷³ Gustavsson, 2003, s. 81-83.

Eva

Eva har arbetat som sjukgymnast i över 12 år och arbetar på en privat enhet som är frikopplad från andra vårdcentraler. Eva ingår i ett team som hon definierar som ett multidisciplinärt team. Teamet träffas bara sporadiskt högst en gång i månaden.

Johan

Johan har mellan 6 och 12 års erfarenhet av att arbeta som sjukgymnast, Johan arbetar på en privat vårdcentral och ingår i ett team. Han definiera teamet som en rehabgrupp, vilket enligt honom är en vanlig beteckning inom vårdcentraler, som träffas ungefär en gång per månad.

Sara

Sara arbetar på en landstingsenhet och ingår enligt henne i ett interdisciplinärt teamarbete som träffas ett par gånger i veckan. Hon har arbetet som sjukgymnast i mindre än 6 år.

Mikael

Mikael har arbetet som sjukgymnast i över 12 år. I sitt nuvarande arbete som är en privat vårdenhet är Mikael inte involverad i något teamarbete. Innan nuvarande arbete har han erfarenhet av att arbeta som han betecknar som i ett multidisciplinärt team inom en företagshälsovård. Teamet träffades sporadisk beroende av patientens behov och inte alltid alla på en gång.

Lars

Lars har arbetat som sjukgymnast mellan 6 och 12 år. Utifrån det aktuella arbetet på en privat vårdcentral definierar Lars sitt arbete ihop med andras som samarbete och begränsat vad gäller teamarbete. Innan nuvarande arbete var Lars involverad i teamarbete inom landstinget som träffades cirka en gång i veckan och har ingen klar definition gällande beteckningen på detta team.

7.3 Steg 2, Empiriska resultatet

I detta steg presenteras det egentliga empiriska resultat som är sammanställt utifrån intervjumaterialet. Det empiriska materialet presenteras utifrån framkomna meningsbärande kvaliteter ur det transkriberade materialet. Detta utifrån min tolkning och som utgör grunden för analysen och som jag har valt att sammanställa i åtta kategorier, för att kunna förmedla en

helhetsbild i relation till frågeställningarna. Kategorierna presenteras som rubriker nedan. Detta med hjälp av att sjukgymnasternas egna ord som vävs in kursivt i beskrivningen, efter varje kategori. Sjukgymnasternas fingerade namn kommer sättas i parentes efter citatet. Citaten som beskrivs sist under respektive kategori innefattar även andra sjukgymnasters uppfattningar om likheter finns. En del av orden i citatet är omformulerade till skriftspråk. Betonas bör att kategorierna ibland flyter in i varandra men det är tolkade utifrån i vilket sammanhang i relation till intervjufrågorna och frågeställningarna dessa är betonade av sjukgymnasterna.

Kunskap

Det merparten av sjukgymnasterna uppfattar som positivt med teamarbete är att det råder en samlad kunskap i teamet utifrån olika kompetenser. Det innebär enligt uppfattningarna att det råder ett ömsesidigt utbyte av kunskap vilket anses nödvändigt för att skapa en bredd i arbetet. Detta gör att arbetet inte stagnerar genom en kunskapsspridning. Vidare framkommer det att kunskapen gynnar patienten eftersom en helhetsbild råder. En av sjukgymnasterna som inte i aktuell stund ingår i teamarbete kan sakna möjligheten att rådfråga andra om råd eftersom det är lite mer omständigt idag eftersom dessa möten inte ingår i hans arbetstid. Till exempel framgick det att teamarbetet innebär att patienten kan hänvisas till andra i teamet om denne anser patientens behov ligger utanför det egna kunskap - eller kompetensområdet.

Fördelar det är att..... få liksom ta del av andras tankar och berika sig själv och fundera på sitt eget sätt att jobba. (Mikael)

Jag är framförallt med i teamet för att få hjälp och stöd..... ett team helt enkelt där vi ska ha användning av varandra och det känner nog de flesta. För alla hamnar i den här rollen ibland när man känner att det här löser jag inte själv, utan ber snällt hjälp av andra..... det är här teamet har sin vinst. (Johan)

Perspektiv

Positivt uppfattas även det gemensamma perspektiv som delas av de olika professionerna. Det vill säga arbetet utgår från en gemensam värdegrund trots olika kompetenser. Detta skapar en positiv effektivitet i arbetet vilket leder att fokus och uppmärksamheten på patienten utgår från en helhetssyn. Detta uttrycks även som att teamet har ett gemensamt samspråk som utvecklas om teamet har arbetet ihop att tag. En annan aspekt är att teamarbete anses som

nödvändigt för en bra rehabilitering. En annan positiv faktor som har framkommit är att teamarbete uppfattas som prestigelöst genom att alla ges utrymme. Flera av sjukgymnasterna betonade att även läkaren uppfattades som en i teamet och ansågs inte vara auktoritär i egenskap av att dennes perspektiv skulle vara den styrande. Att teamen gått på gemensamma utbildningar om förhållningssätt i team eller tagit hjälp av externa individer som hjälpt vid osämja uppfattas som positivt av flera sjukgymnaster. Detta har medfört en bättre sammanhållning i teamet. Det framkommer även att den gemensamma värdegrunden leder till en hög professionalitet vid mötet med patient enskilt eller i team. Detta innebär att patienterna inte märker av eventuella konflikter som kan råda bakom kulisserna.

Alla har sin specifika ingångspunkt utifrån den profession man har, men så har vi ett gemensamt synsätt, som är tror jag jätteviktig. (Eva)

Det man kan säga att det var ganska prestigelöst framförallt från läkarhåll. (Mikael)

Även om vi har konflikter i teamet så är jag och andra professionella när vi ensamma träffar patient det är positivt. (Sara)

Tid

Gällande negativa faktorer framgick det ur materialet att flera av sjukgymnasterna ibland uppfattade teamarbetet som ett slöseri med tid. Till exempel anser några att det tar tid från ordinarie arbete t.ex. mötet med patienten samt att det kan bli kostsamt på kort sikt för den som betalar rehabiliteringen eller för sjukgymnasten som får betalt per patient. Detta eftersom flera professioner samlas kring samma patient. Ibland kunde det bli diskussioner om vilket arbetstempo som ska gälla i teamet eller andra aspekter. En annan aspekt som framkom var att ibland uppfattades att teamen samlades bara för principens skull eller att det mest var tomma diskussioner, t.ex. skvaller. Detta kunde innebära enligt en sjukgymnast att situationen blev jobbig eftersom denne egentligen inte var intresserad av det tomma pratet. Ibland upplevdes det av några att det var svårt att samla ihop teamet och få alla att närvara.

Det kan ju bli lite trögt ibland Att manvi är olika alla människor, en del vill jobba på snabbt och en del tänka och älta mycket och det kan bli krockar i teamet. Många ... en del tycker att det blir tjatigt en del tycker att jag inte får det jag vill ha så det är väl en nackdel. (Johan)

Nackdelen är att det kan ta lite.... ta lite tid innan man kan ta till möten. Man kan tycka att vissa människor är sega. (Mikael)

Attityd

Det framgick att eftersom teamet innefattar flera olika professioner som i sin tur består av individer som ska samarbeta, kunde teamarbetet ibland präglas av konflikter i varierande grad. Konflikterna relaterades av sjukgymnasterna i stort till de olika personligheterna i teamet och attityden gentemot varandra kunde bli negativ. Exempel på det är att det kunde till en början vara svårt att komma in i teamgemenskapen vilket ofta uppfattades ha att göra med att personkemin inte passade ihop. Tillvägagångssättet om hur arbetet skulle läggas upp kunde skapa slitningar mellan teammedlemmarna, vilket även hänger samman med föregående kategori. Läkarens attityd betonades särskilt av några. I det här fallet uppfattade sjukgymnasterna att läkaren hade en inställning av att dennes medicinska synsätt skulle råda före andra synsätt. Detta kunde ofta lösas genom kompromisser men då gällde att kunna stå på sig enligt sjukgymnasterna, trots läkarens position.

Det har mycket med personkemi att göra hur det funkar. (Mikael)

Jag... jag känner att läkaren ibland hävdar det medicinska för mycket och minskar utrymmet man måste typ kunna hävda sitt. (Sara)

Självständighet

Merparten av sjukgymnasterna uppfattar sig som självtändiga i sin profession. Detta innebär att teamarbetet inte begränsar deras handlingsutrymme. Legitimitet i det här sammanhanget är att sjukgymnasterna känner att de har auktoritet att kunna föra sin talan och att andra i teamet lyssnar på dem. Legitimitet i relation till teamet uppfattas vidare av sjukgymnasterna att de har inflytande och kan utföra arbetet utan större begränsningar. Det har framkommit att det är viktigt att ibland kunna hävda t.ex. sitt arbetssätt trots att alla inte håller med. Det framkommer att eftersom arbetet är teambaserat gäller det även att kunna kompromissa med andra, vilket då hänger samman med beskrivningarna i kategorierna innan. En av sjukgymnasterna i sin tur upplevde att legitimiteten hämmades av teamarbetet eftersom ansvarsfördelningen blev oklar och då förväntades det att läkaren skulle vara den auktoritära.

Upplever mig självständig och har legitimitet kan liksom känna vad heter det.... auktoritet även om alla inte alltid håller med mig. (Sara)

Där har jag upplevt lite problem där liksom att just vara att alla ska kunna känna att man ska vara delaktig..... det blir lite sån där prestigegrej, nu måste doktorn vara med nu är det viktig. (Lars)

Roll

Eftersom sjukgymnasternas profession innebär täta kontakter med patienter upplever de flesta att den kompetens som rollen sjukgymnast innebär efterfrågas av de andra professionerna. Exempel på det utifrån några beskrivningar är att det kan handla om att andra i teamet efterfrågar praktiska råd om olika behandlingsmetoder. Några betonade att det ibland förväntades av dem att de skulle inta en mer drivande roll i teamet vilket då hänger samman med sjukgymnasternas breda kompetens. Det kan även handla om att få råd hur patientens situation kan ses ur andra perspektiv än medicinska. Flera uppfattade sin roll som stabil vilket då hade att göra med att efter flera år i yrket mognat in i professionen och vet vad som förväntas eller vad som kan uppstå i ett teamarbete.

..... det har jag alltid känt och dom alltid lyssnar på mig som sjukgymnast, utifrån det att man har en viktig roll (Eva)

Väntan

Det framkommer att förändringarna i sjukskrivningsprocessen inte för närvarande har någon större inverkan på teamarbetet eller andra arbetssituationer enligt sjukgymnasterna. Detta eftersom förändringarna ännu inte fått någon större genomslagskraft enligt sjukgymnasterna. Dock pågår det diskussioner om vad det kan innebära och det sjukgymnasterna antar om framtiden är att det kommer att bli ökade krav från patienterna. Vidare att patienterna kommer att bli mer aktiva i sin rehabilitering och en av sjukgymnasterna har redan märkt av en viss ökad aktivitet hos patienterna. Flera av sjukgymnasterna betonar patienterna är oroliga att bli utförsäkrade, det vill säga inte längre ha rätt till sjukpenning p.g.a. förändringarna.

Jag tror inte det har fått en genomslagskraft än. (Eva)

Det kommer att sätta mer press på teamet att vara..... vi vara mer effektiva för att patienterna kommer att kräva det (Johan)

Försäkringskassan

Flera av sjukgymnasterna berättar att de har fått information från försäkringskassan angående vad nya riktlinjerna i sjukskrivningsprocessen innebär. De flesta teamen och de som inte ingår i team har enligt sjukgymnasterna fått information av försäkringskassan på olika sätt. Till exempel att försäkringskassan har kommit ut på arbetsplatserna och informerat eller att medverkat i samtal med teamen och andra professioner inom samma vårdenhet. En av sjukgymnasterna läser information på nätet för att hålla sig informerad. Det betonas av flera att det finns ett behov av en samverkan kring förändringarna. Det är främst försäkringskassan som nämns i sammanhanget och då i negativ bemärkelse främst utifrån att informationen uppfattas som ostrukturerad. Vidare att det är svårt att få till stånd en samverkan.

Det är svårt det här för det är försäkringskassan kontra vården och det är vattentäta skott många gånger. (Eva)

7.4 Sammanfattning av empiriskt resultat

De flesta av sjukgymnasterna uppfattar teamarbete som positivt eftersom det innebär att den breda kompetens olika professioner har, skapar förutsättningar för ett ömsesidigt utvecklande kunskapsutbyte. Positivt uppfattas även att teamarbetet innebär att de olika professionerna utgår från samma värdegrund vilket gör att fokus ligger på patienten utifrån ett helhetsperspektiv samt att teamarbetet präglas av att alla i den ges utrymme. Ett gemensamt förhållningssätt innebär att patienten inte drabbas av eventuella konflikter i teamet, där bl.a. gemensamma utbildningar om förhållningssätt bidragit till det. Nackdel med teamarbete är enligt sjukgymnasterna att det tar tid av ordinarie arbete i form av, skillnader om arbetstempo, tomma diskussioner, att tid kostar och tid att samla ihop teamet. Andra nackdelar med teamarbete är att personkemin inte alltid passar ihop och att läkaren ibland enligt några av sjukgymnasterna vill hävda sitt synsätt framför andras. Gällande legitimitet uppfattar de flesta av sjukgymnasterna att de har auktoritet i relation till teamet. Detta medför att det de är självständiga och kan föra sin talan även vid motstånd. Dock förutsätter arbetet eftersom det även innefattar teamarbete, även kompromisser. Det framkommer att deras kompetens som rollen i professionen innebär värderas av andra i teamet uppfattas positivt för legitimiteten med ett undantag av en sjukgymnast.

Sjukgymnasterna uppfattar att förändringarna i sjukskrivningsprocessen ännu inte har inneburit några större förändringar i teamarbetet. Det förs dock diskussioner om det. Det som antas och upplevs är att patienterna kommer att ställa mer krav samt att de blir mer aktiva i sin rehabilitering. Teamet strävar efter en bättre samverkan främst med försäkringskassan angående förändringarna vilket inte för tillfället fungerar trots information från dem.

Sammanfattande modell över resultatet

Utifrån resultatet har jag sammanställt en modell (figur 2 nedan) där frågeställningarna är indelade i fyra huvudteman i svart, vilka är *positivt, negativt, legitimitet och förändringarna*. Dessa teman representerar de åtta kategorierna från resultatet som innehåller underbyggda sammanfattande beskrivningar till respektive kategori. Exempel från figuren på underbyggda beskrivningar under temat legitimitet är, *Har inflytande och kan påverka* och *Oklar arbetsfördelning*. Dessa och de övriga underbyggda förklaringarna i figuren är särskilt betonade av sjukgymnasterna. Syftet är att dessa teman och kategorier tillsammans bildar ett övergripande mönster för att sedan ligga till grund för resultatdiskussionen.

Figur 2

Positivt	Negativt	Legitimitet	Förändringarna
Kunskap - Ömsesidigt utbyte av kunskap - Utvecklande. - Samlad kunskap utifrån kompetens - Patient kan hänvisas till andra	Tid - Tidsslöseri - Tomma diskussioner - Team tid kostsamt på kort sikt - Olika åsikter om tidsfördelning	Självständighet - Har inflytande och kan påverka - Oklar arbetsfördelning	Väntan - Ingen större betydelse i aktuell stund - Diskussioner om det som komma skall - Patienterna riskerar bli utförsäkrade - Ökat patientkrav - Patienter mer aktiva
Perspektiv - Alla ges utrymme - Läkaren en i gänget - Patient i fokus - Helhetssyn - Team utbildning - Patient får ett korrekt bemötande	Attityd - Förhållningssätt mot varandra - Tid att bli en i gänget - Läkarens medicinska perspektiv	Roll - Andra värdesätter och erkänner rollen - Trygg i rollen - Förväntas vara drivande	Försäkringskassan - Bara enkel information - Ingen struktur för samverkan

8 Diskussion

8.1 Steg 3 och resultatdiskussion

I detta steg relateras den tematiserade tidigare forskningen och teorierna till de fyra huvudtemana som redovisades i figur två som avslutade kapitel sju. Detta för att göra en förankring utifrån forskning och teorier till frågeställningarna och för att kunna utveckla och applicera resultatet till ett bredare sammanhang. Gällande temana positivt och negativt vävs dessa ihop till en huvudrubrik.

Positivt och negativt

I det stora hela förhåller sig sjukgymnasterna som det framkommit positiva till teamarbete. Detta kan relateras till Sandbergs begrepp *synergi* d.v.s. att teamarbetet skapar ett mervärde genom att flera arbetar ihop. Detta bl.a. i form av kunskapsutbyte vilket möjliggörs av olika kompetenser i teamet. Sandbergs begrepp *synergi loss*, d.v.s. att det är bättre att arbete enskilt är inget som klart framgått. Tillfälliga problem i teamet kan skapa hinder som finner liknelser med *synergi loss* men inte på längre sikt, med undantag för en sjukgymnast. Gällande begreppet *målbild* i relation till sjukgymnasterna är att det oftast råder en samstämmighet i teamet om vart arbetet ska leda vilket uppfattas som positivt.⁷⁴ Det förekommer även tillfällen då samstämmigheten rubbas av olika interna konflikter eller olika medicinska perspektiv.

Det sistnämnda att målbilden kan uppfattas som både positivt och negativt utvecklas med hjälp av Goffmans begrepp. Det framkom av flera av sjukgymnasterna att agerandet skiljde sig från när teamet var ensamma mot när patienten närvarade. Till exempel att det kunde råda interna konflikter mellan olika individer i teamet och då ofta i form av personlighetsfaktorer eller skilda synsätt och då det sistnämnda som det har framkommit utifrån läkarens attityd. Detta uppfattades som negativt. Det framkom att interna konflikter inte påverkade sjukgymnastens möte med patient eftersom professionaliteten var i dennes och andras professioner hög, vilket då uppfattades positivt i det sammanhanget. För att relatera till Goffman innebär detta enligt antagande att konflikterna sköttes och diskuterades i den *bakre regionen* men agerandet gentemot patienten kännetecknades av en *kollektiv representation* utifrån det gemensamma perspektivet. Detta agerande karaktäriserar den *främre regionen*,

⁷⁴ Sandberg, (2006)

vilket tolkas som att det är där sjukgymnasterna upprätthåller och förkroppsligar bl.a. de hövlighets- och anständighetsnormer som ingår i framträdandet.⁷⁵

Sjukgymnasternas beskrivningar om vikten med ett helhetsperspektiv där fokus ligger på patientens rehabilitering har att göra med utifrån resultatet att det råder en gemensam värdegrund i teamet. Detta finner direkta liknelser med det beskrivna diskursiva mönstret *vi* ur studien under temat förhållningssätt med titeln, *Interprofessionella team i vården En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Att ingå i ett team är det viktigt enligt merparten av sjukgymnasterna där uppfattningen kan bl.a. relateras till *vi* begreppet. Dock framkommer att helhetsperspektivet kan rubbas något t.ex. när nya medlemmar kommer in i teamet och dess gemenskap, även detta problem beskrevs i studiens delstudie två.⁷⁶

Kategorierna *caring* och *communicating* i studien *Professional socialization: students' expectations of being a physiotherapist* under temat förhållningssätt, är enligt tolkning de kategorier ur studien som går att applicera på sjukgymnasternas uppfattning. Att känna sig delaktig i teamet och ta del av andras kunskaper och vara en länk i vårdprocessen är exempel på positiva faktorer enligt flesta av sjukgymnasterna i denna studie. Eftersom de flesta av sjukgymnasterna förespråkar teamarbete är kategorierna, *Acting professionally* och *instructing* inget som sjukgymnasterna i större grad betonat i denna studie i relation till teamarbetet. Detta eftersom de förespråkar en helhetsbild om patienten som utgår från andra faktorer än bara den medicinska och att de ingår eller har ingått i ett team.⁷⁷ Dock finns det inslag av dessa när de enskilt träffar patient enligt tolkning. Att få känna delaktighet men även vara självständig i sitt yrke är viktigt i enighet med studien, vilket även för resonemanget utifrån sjukgymnasternas uppfattning till begreppet legitimitet.

Legitimitet

Självständigheten i yrket i relation till teamet uppfattades som bekant positivt med ett undantag, vilket delvis har att göra med att sjukgymnasterna ofta träffar patienten och att deras kunskap värderas positivt av andra i teamet. Studien om distriktssköterskorna och deras upplevelse om självständigheten i yrket under temat auktoritet går inte att relatera till sjukgymnasterna i annat fall än distriktssköterskornas allmänt positiva uppfattning om

⁷⁵ Goffman, (2002)

⁷⁶ Kvarnström, S. (2007) *Interprofessionella team i vården En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*.

⁷⁷ Richardson, B. Lindquist, I. Engardt, M och Aitman, C. (2002) *Professional socialization: students' expectations of being a physiotherapist*.

teamarbete.⁷⁸ Detta eftersom sjukgymnasterna i överlag uppfattade att de hade en stark självständighet. Sjukgymnasterna beskriver att även om de är medlemmar av ett team så har de en specifik uppgift som bara de kan utöva förutom själva teamarbetet. Sjukgymnasterna agerar utifrån sin specifika kompetens men är även i stort beroende av andras kunskap. Jämfört med distriktssköterskorna har sjukgymnasterna en starkare position i relation till andra i teamet.

För att utveckla resonemanget ovan är det lämpligt att även ta med Webers begrepp i diskussionen. Som det beskrevs i ovanstående stycke uppfattar de flesta av sjukgymnasterna att de har legitimitet i teamet d.v.s. att de kan föra sin talan och har auktoritet gentemot de andra professionerna. Till exempel kan sjukgymnasterna som det har framkommit hävda sin legitimitet och auktoritet i teamet och då även gentemot läkaren. Detta kan då kännetecknas som att sjukgymnasterna har en *legitim auktoritet* gentemot andra. Detta påvisar för att hänvisa till Weber att i teamet inryms ett auktoritetssystem där sjukgymnasterna kan vidmakthålla sin legitimitet, i enlighet med Webers beskrivning om detta. Eftersom de ingår i ett team i en organisation är tolkningen av resultatet att detta kan relateras till Webers begrepp *legal auktoritet*. Denna form av auktoritet är det som finner mest likheter med Webers olika auktoriteter.⁷⁹ Betonas bör i relation till sjukgymnasterna att legitimitet innebär inte bara att leda och få alla att lyda utan att ha auktoritet att kunna påverka och bli tagen på allvar och ibland vara drivande.

I studien med titeln *Territoriality and power in the health professions*, under temat auktoritet beskrevs bl.a. att maktförhållanden inom vården är beroende av kontextsituationen.⁸⁰ Som det har beskrivits känner sjukgymnasterna att de har legitimitet i sin profession och att teamarbete uppfattas som nödvändigt och utvecklande trots vissa oenigheter. Utifrån denna uppfattning har studiens beskrivning få liknelser med territorier eller annan maktkamp inom vården. Teamet som sjukgymnasten ingår i inte är helt fristående från maktbegrepp om en så i liten skala och inte så påtagliga enligt sjukgymnasterna. Ofta löses detta genom diskussioner t.ex. för att skapa konsensus om vilket det beskrevs i studien. Sjukgymnasterna har som bekant legitimitet att utföra sitt arbete och hämmas inte så mycket av andra. Trots detta har de förpliktelser inom ramen för sin profession i teamet. Detta kan liknas med, för att återgå till

⁷⁸ Karlsson, B. Morberg, S och Lagerström, M (2006). *Starka som individer men svaga som grupp*.

⁷⁹ Weber, (1983)

⁸⁰ Dewitt, C. Baldwin, JR. (2007). *Territoriality and power in the health professions*.

Weber, med den *legala auktoriteten*, vilket gör att de ensamma inte kan bestämma allt eftersom de ingår i ett team samt att professionen innebär kompromisser. Dock uppfattar inte sjukgymnasterna några hierarkier i teamet som påverkas deras arbete. Teamet i sin tur ingår i byråkratisk organisation som är styrd av ramar och regelverk och kan inte vara helt fristående från det eller externa faktorer vilket utvecklas nedan.⁸¹

Förändringarna

Som det har framkommit uppfattar att sjukgymnasterna inte nämnvärt att förändringarna i sjukskrivningsprocessen för närvarande påverkar teamarbetet eller andra arbetsformer. Kritik till försäkringskassan är vanlig som de framgick utav resultatet och de flesta av sjukgymnasterna betonar att teamen eller andra arbetskonstellationer skulle behöva en samverkan med försäkringskassan i denna fråga. Ett antagande utifrån detta är att försäkringskassan uppfattas som en omvärldsfaktor som påverkar teamet negativt vilket förklarar uppfattningen. Detta visar på att teamet inte kan agera fristående från utomliggande politiska och andra påverkande faktorer. Detta finner liknelser med Sandbergs begrepp *omvärlden*. De flesta av sjukgymnasternas är medvetna om att förändringarna kan komma att påverka arbetet på sikt. Som det har framkommit då genom ökade patientkrav och att patienterna blir mer aktiva. Det de flesta sjukgymnasterna eftersträvar är som tidigare framkommit en samverkan med försäkringskassan i de här frågorna, som enligt dem inte fungerar. I det sammanhanget finns det likheter med studien under temat yttre faktorer, *Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutsatser baserade på en litteratursammanställning*. Även i den framgick det att ineffektiv information eller dålig samverkan är ett hinder i en rehabiliteringsprocess.⁸² Vidare framgick det i studien att förändringar på en nivå påverkar en annan. Utifrån sjukgymnasterna innebär det att förändringarna i sjukskrivningsprocessen som är bestämd på en politisk nivå kan påverka sjukgymnasternas arbete på sikt och även deras patienter.

8.2 Avslutande kommentarer om resultat

Som det framgick av resultatdiskussionen för en sammanfattande diskussion är att den tidigare forskningen och teorierna i stort befäster resultatet, d.v.s. flera aspekter ur dem går att applicera på resultatet. Ett undantag är för att nämna ett exempel på den mest påtagliga

⁸¹ Weber, (1983)

⁸² Andersson, A. Ekberg, K. Enthoven, P. Kjellman, G. Ockander, M. Skargren, E. Åkerlind, I. och Öberg, B. (2003:1). *Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering?*

skillnaden, är att distriktssköterskornas uppfattning om sin profession strider mest mot sjukgymnasternas uppfattning. I det stora hela finns det likheter i varierande grad med den tidigare forskningen. Detta visar på att sjukgymnasternas uppfattning om team och även andra faktorer finner likheter med den nämnda forskningen rent allmänt. Resultatet påvisade som det har framkommit att klassiska sociologiska begrepp ur valda teorier är tillämpbara att relatera till sjukgymnasternas uppfattningar som utgår från moderna vårdförhållanden. Betonas bör dock att Webers auktoritetsbegrepp inte kan i dess ordagranna bemärkelse appliceras till sjukgymnasterna. Enligt sjukgymnasterna handlade inte legitimitet i så stor grad om att leda och få lydnad utan mer om självständighet och bekräftelse. Eftersom sjukgymnasterna förhåller sig mer positivt än negativt till teamarbete är Sandbergs bok, *Det goda teamet* högst aktuell i sammanhanget.

Eftersom teamen som sjukgymnasterna beskriver i flera fall inte träffas eller träffades speciellt ofta så har teamarbetet ändå inverkan på det dagliga arbetet och då mest i positiv bemärkelse. En reflektion om det är att sjukgymnaster är en etablerad yrkeskår med specifika kunskaper att agera utifrån, samt att deras täta kontakt med patienten innebär att de får en helhetsbild över patienten vilket inte bara har att göra med det medicinska. Ett annat antagande är att sjukgymnasterna påvisade en yrkesstolthet utifrån en bred kompetens och en ödmjuk självsäkerhet vilket gynnar deras förhållningssätt mot andra i teamet. I det fall teamarbetet inte ansågs fungera hade det i överlag mer att göra med personliga faktorer. Detta leder till reflektionen att sjukgymnasterna i stort uppfattade att det inte förekom några påtagliga positioneringar och auktoriteter utifrån framträdande ledarroller som merparten lyder under eller konkurrens om positioner i teamet. Inte så påtagligt att det uppfattades negativt i relation till den egna professionen i annat än i några få sammanhang och där detta då ofta löstes som det har framkommit genom diskussioner. Det handlade mer om personlighet än om traditionella sociologiska positioneringar. Detta är överraskande men är dock att beakta som en tendens och inte ett vetenskapligt belägg.

Gällande förändringarna i sjukskrivningsprocessen visar det på att den har en viss samhällsrelevans utifrån resultatet. Även om inte effekterna ännu inte är större i själva teamarbetet så visar resultatet att den inte obemärkt passerar dem som direkt arbetar med patienter på *golvnivå*, nämligen sjukgymnasterna. Även vikten av samverkan påtalades för att bättre stå rustade för framtiden vilket fanns likheter med tidigare forskning om samverkans betydelse. Gällande forskning och teorier i relation till frågeställningen om förändringarna i

sjukskrivningsprocessen, är en kritik att jag kunde ha haft med mera forskning eller teorier att relatera till den. Till exempel något som mer detaljerat beskrev hur team eller individers interaktion med varandra påverkas av förändringsprocesser eller andra övergripande samhällsfaktorer. Detta för att kunna utveckla resonemanget om förändringarna i sjukskrivningsprocessen.

Sammanfattningsvis blir slutsatsen att resultatet i kapitel sju som har vidareutvecklas med hjälp av resultatdiskussion i detta kapitel har medfört att frågeställningarna har kunna besvaras. I kommande rubriker beskrivs egna reflektioner, metodologiska reflektioner över studien och förslag om framtida forskning.

8.2.1 Reflektion om sjukgymnaster i relation till teamet

I detta stycke relaterar jag mina reflektioner till Goffman för att utveckla resonemanget i själva resultatdiskussionen, för att fördjupa innebörden av beskrivningen om sjukgymnasterna i relation till teamet. Detta med hjälp av studiens titel, *Jag och teamet*. Sjukgymnasterna uppfattar sig som det har framkommit som självständiga i sin profession och ser teamarbetet som utvecklande, och att de innehar har en auktoritär i roll i relation till teamet. Utifrån detta uppstår en reflektion om deras roll som sjukgymnast är frivillig eller är en befäst roll reglerad av omgivningen. Det vill säga agerar sjukgymnasterna i egenskap av ett fristående *jag* i relation till *teamet*. Utifrån tolkningen av sjukgymnasternas utsagor uppfattar de sig själva som självständiga men är samtidigt beroende av teamet som de ingår i. En reflektion är då att jag är en integrerad del av teamet vare sig jaget vill det eller inte. Sjukgymnasterna uppfattar teamarbete som positivt och utvecklande men faktum kvarstår enligt tolkning av deras utsagor att de inte kan agera som ett oberoende jag i teamet. För att ta med Goffmans teori i resonemanget anser han att som det tidigare beskrivits att individen väljer den roll som förväntas utifrån situationen kontext. Den roll denne väljer är inte då jaget i subjektiv bemärkelse utan blir istället en kollektiv representation för ändamålet avsett agerande.⁸³

En reflektion för att sammanfatta resonemanget ovan är att sjukgymnasterna har en roll som de gestaltar inför andra i teamet, vilket som det har framkommit är nödvändigt för att teamet ska fungera och utvecklas. De problem som uppstår löses genom kompromisser eller kunskapsutbyte. Detta visar på att sjukgymnasterna inte enbart kan agera som ett fristående jag utan måste anpassa sig efter teamet spelregler för att kunna agera. Självständigheten styrs

⁸³ Goffman, (2002)

därmed av hur andra uppfattar sjukgymnastens agerande och vilken bekräftelse sjukgymnasterna får för sitt agerande. Med andra ord för att avsluta min reflektion är sjukgymnasten ett jag som är integrerat i teamet även om jaget i relation till teamet kan uppfatta sig som fri.

8.3 Metodologiska reflektioner

Eftersom syftet med studien var att beskriva sjukgymnasternas uppfattning om något de upplever eller har upplevt har den hermeneutiska metoden varit lämplig för att komma fram till en rimlig tolkning. Viktigt är att betona att mitt resultat inte går att applicera till att gälla alla sjukgymnaster. Men även om inte resultatet är allmängiltigt så har den ett värde eftersom den beskriver individers subjektiva uppfattning om sitt yrke vilket inte hade varit möjlig med en kvantitativ metod. Eftersom jag hade en frågeguide som riktpunkt var jag inte ute efter att finna kärnan eller essensen i materialet vilket inte heller är syftet med hermeneutik. Syftet var som det har framkommit att sjukgymnaster som urval skulle bli mitt empiriska underlag och relateras till tidigare forskning och teorier. Eftersom jag beskriver någon annans uppfattning och använder mig av den hermeneutiska metoden är det lämpligt att hänvisa till kommande citat för att understryka vad som är viktigt att ha i åtanke gällande studien.

” *Samhällsforskare måste med andra ord förhålla sig till en värld som är tolkad av de sociala aktörerna själva.*”⁸⁴

Med hjälp av den hermeneutiska tolkningsprocessen i koppling till den hermeneutiska spiralen har jag funnit en ny kunskap (en ny förståelse). Utifrån de åtta kategorierna är det främst kategorin väntan som är underbyggt med förklaringen *Riskerar bli utförsäkrade*, som utmärker sig som nya kunskap som framträtt under tolkningsprocessen. Detta blir möjlig som det tidigare har beskrivits genom att använda sig av den hermeneutiska spiralen vid tolkningen. Det vill säga den sista pusselbiten blir inte lagd utan istället möjliggörs ny kunskap. Jag anser att det är relevant att lyfta fram denna nya kunskap eftersom den ändå delvis hänger samman med frågeställningen om sjukskrivningsprocessen. Flera av sjukgymnasterna beskrev hur de tolkade patienternas situation. Det som framgick av dem var att flera av patienterna biter ihop och arbetar trots smärta och med rädsla för att bli utförsäkrade. Vidare beskrev sjukgymnasterna att nu efter flera års sjukskrivning börjar försäkringskassan höra av sig till patienterna och vill göra en arbetsplan eller erbjuda arbete

⁸⁴ Gilje & Grimen, 2002, s. 179.

eftersom de snart är utförsäkrade. Därmed sammanfattar jag denna nya kunskap utifrån en egen formulering, *Den glömda patienten med smärtor som nu ska arbeta*.

Gällande min förförståelse har jag under forskningsprocessen haft den i åtanke och på vilket sätt den skulle kunna präglade resultatet. Min modell med tre steg var ett sätt att undvika den för att inte dra förhastade slutsatser. Dock hade jag innan intervjuerna en föreställning om t.ex. att det skulle framkomma att läkaren uppfattades som en auktoritär person i negativ bemärkelse. Vidare att sjukgymnaster skulle uppfatta att det rådde en auktoritetstävlan inom teamet utifrån vedertagna värderingar. Som det har framkommit är detta inte en vanlig uppfattning bland sjukgymnaster. Genom att relatera till tidigare forskning och teorier så utgår studien från andra infallsvinklar än min egen. Även om jag själv valt ut dessa i relation till frågeställningarna så är medvetenheten om förförståelsen viktig för annars riskerar jag att missa det sjukgymnasterna förmedlar. Ödman beskriver detta som en *yttre kontroll* som innebär att tolkningarna jämförs med befintliga teorier för att undvika bl.a. ett snävt perspektiv och att tolkningen ligger utanför det som är realistiskt.⁸⁵

Mina frågeställningar var relativt övergripande utan närmare fördjupning vilket gjorde att det fanns utrymme att svar bredd på frågorna. Dock är kritiken att det innebär att svaren inte blir detaljerade och fördjupade. Ibland kunde samtalen från sjukgymnasterna glida in på beskriva team rent allmänt eller andra faktorer än att handla om det mest aktuella teamarbetet. Vilket medförde att delar av intervjumaterialet inte gick att använda till resultatet och begränsade omfånget av resultatredovisningen något. Svåraste frågan att arbeta med var frågeställningen om legitimitet. Där fick jag flera gånger förtydliga och komma med kompletteringsfrågor och förklara vad jag syftade på eller rikta in samtalen på uppfattningen om legitimitet. Frågan om positiva och negativa aspekter med teamarbete gav utförliga svar och att sjukgymnasternas uppfattning om det ibland även gled in på frågan om förändringarna i sjukskrivningsprocessen. Jag upplevde att sjukgymnasterna inte hade några problem eller betänkligheter med att svara på mina frågor. Antagande är att det har göra med att de inte bara uppfattar något utan även har upplevt det. Vidare att alla är professionella inom sitt yrke och frågorna handlade om deras yrkesområde. Ett antagande är att eftersom frågorna var relativt övergripande medförde det att de inte kände sig pressade att svara detaljerat om de inte så önskade, vilket gjorde att frågorna inte var av för personlig karaktär. Målsättningen att få spridning på urvalet utifrån

⁸⁵ Ödman, 2007, s. 110-111.

tidigare beskrivning kan ha bidragit till få lite olika infallsvinklar på sjukgymnasternas uppfattning även om mycket var samstämmigt . Uppfattningar utifrån kön eller andra variationer hade varit intressant att diskutera i sammanhanget men diskuteras inte djupare p.g.a. det inte var syftet med studien och tidsaspekten. Faran med att utelämna vissa uppgifter p.g.a. anonymitet har inneburit att allt i relation till frågeställningarna inte är beskrivet. Dock har jag varit konsekvent och uteslutit viss information likvärdigt för alla sjukgymnaster och noga övervägt vilken betydelse detta kan ha haft för resultatet.

8.4 Förslag på vidare forskning

Eftersom denna studie begränsas till sjukgymnastens uppfattning om bl.a. förändringarna i sjukskrivningsprocessen i relation till teamarbete, vore det intressant med studier med inriktning utifrån patientens uppfattning om detta. Detta eftersom det i denna studie framgick att förändringarna inte hittills medfört större inverkan på teamarbete men däremot en ökad oro bland patienter. Vidare vore det intressant med studier som utgår ifrån att studera närmare om samverkan mellan vårdteam och försäkringskassan eftersom det utifrån materialet framgick att detta var ett problem. Ett annat förslag på vidare forskning vore studier som utgår ifrån läkarens uppfattning om förändringarna i sjukskrivningsprocessen för en ny infallsvinkel.

Referenslista

Litteratur

Berger, P, L., & Luckmann, T. (2007) *Kunskaps sociologi Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Brante, T., Andersen, H., & Korsnes, O. (2001). *Sociologisk Lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur

Bryman, A. (2007) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*.

Lund: Studentlitteratur.

Gilje, N., & Grimen, H. (2002). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos

Goffman, E. (2000) *Jaget och maskerna*. Stockholm: Prisma.

Gustavsson, B. (2003). *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskapen*. Lund:

Studentlitteratur.

Holme, I M., & Solvang, B K. (1997). *Forskningsmetodik Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, R., & Hetzler, A. (2004). *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.

Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*. Lund: Studentlitteratur.

Sandberg, H. (1997). *Team i utveckling Kvalitetsarbete inom offentlig verksamhet*. Lund:

Studentlitteratur.

Vahlne Westergäll, L., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2006) *Rehabiliteringsvetenskap.*

Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv. Lund: Studentlitteratur.

Weber, M. (1983) *EKONOMI och SAMHÄLLE Förståendesociologins grunder I*

Sociologiska begrepp och definitioner Ekonomi, samhällsordning och Grupper

Lund: Argos.

Ödman, P J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande Hermeneutik i teori och praktik.*

Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.

Artiklar, rapporter och publikationer.

Andersson, A. Ekberg, K. Enthoven, P. Kjellman, G. Ockander, M. Skargren, E. Åkerlind, I. och Öberg, B. (2003:1). *Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutsatser baserade på en litteratursammanställning.* IHS Rapport 2003:1, Institutionen för hälsa och samhälle, Landstinget i Östergötland, Linköpings universitet, Försäkringskassan i Östergötland.

Dewitt, C. Baldwin, JR. (2007). Territoriality and power in the health professions.

Journal of Interprofessional Care, Vol 21(Suppl1), Oct 2007, pp. 97-107

Karlsson, B. Morberg, S och Lagerström, M (2006). *Starka som individer men*

svaga som grupp En kvalitativ studie om hur distriktssköterskor upplever

sin arbetssituation och hur de ser på sitt yrke. Vård i norden 1/2006. Publ.No.79 Vol.26 No.1, PP, 36-41.

Kvarnström, S. (2007) *Interprofessionella team i vården En studie om samarbete mellan*

hälsoprofessioner. Avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet.

Richardson, B. Lindquist, I. Engardt, M och Aitman, C. (2002) *Professional socialization:*

students' expectations of being a physiotherapist. School of Occupational Therapy and

Physiotherapy, University of East Anglia, UK. Department of Physical Therapy, Karolinska

Institutet, Stockholm, Sweden. Department of Rehabilitation Medicine, Danderyd Hospital,

S-182 88 Stockholm, Sweden. Medical Teacher, Vol. 24, No. 6, 2002, pp. 622-627.

Vetenskapsrådet, *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*, Vetenskapsrådet.

Internet

<http://www.arbetsformedlingen.se/go.aspx?c=107> , 20090323, Arbetsförmedlingen.

<http://www.regeringen.se/sb/d/10386#item100828> , 20090322, Regeringskansliet

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/Sammanfattning.htm>, 20090322, Socialstyrelsen

Bilaga

Huvudfrågor intervju mall

Frågeställningar

1. Vilka för- och nackdelar finns det med teamarbete i relation till det team sjukgymnasten ingår eller har ingått i?
2. Uppfattar sjukgymnasten att denne har legitimitet i sin yrkesroll i relation till teamet?
3. Har förändringarna i sjukskrivningsprocessen betydelse för teamarbetet eller för det aktuella arbetet enligt sjukgymnasten?

Underbyggda huvudfrågor till frågeställningar

1. Berätta om din utbildnings bakgrund?
2. Berätta om vad din befattning innebär?
3. Berätta om vad som kännetecknar eller kännetecknade ditt team?
4. Vilka för- och nackdelar finns det med teamarbete enligt dig?
5. Berätta hur du uppfattar legitimiteten i din roll som sjukgymnast i relation till teamet?
6. Finns det rangordningar av olika yrken i teamet enligt din uppfattning.
7. Har förändringarna i sjukskrivningsprocessen betydelse för teamarbetet eller för ditt aktuella arbete enligt din uppfattning?