

Tandläkares handlingsutrymme och engagemang att utveckla teamarbete

Cecilia Franzén

Cecilia Franzén, universitetslektor, Odontologiska fakulteten, Malmö universitet.
E-post: cecilia.franzen@mau.se

Teamarbete lyfts fram i statliga rapporter som en lösning på tandläkarbrist för att tillgodose befolkningens tandvårdsbehov genom att det innebär att tandhygienister och tandsköterskor övertar arbetsuppgifter från tandläkare. Det kan emellertid vara svårt för ledningen i tandvårdorganisationer och andra vårdorganisationer att genomföra förändringar beroende på de yrkesverk-sammans självbestämmande i arbetet. Syftet med artikeln var att undersöka möjligheterna att utveckla teamarbete i en tandvårdsorganisation där tand-läkare, som i sin roll som teamledare ska fördela arbetsuppgifter, engageras som nyckelaktörer i förändringsarbetet. Resultaten visar att tandläkares handlingsutrymme att utveckla teamarbete kunde begränsas av motstånd från tandvårdspersonal och klinikchefer. Detta indikerar vikten av att organi-sationsledningar inkluderar alla berörda parter i ett förändringsarbete.

Due to a lack of dentists, Swedish government directives recommend team-work as a way to meet patients' needs. This teamwork involves dental hy-gienists and dental nurses taking on some of the dentists' tasks. However, changes in work practices present a management challenge for senior ma-nagers in dental organisations and other healthcare organisations because of professionals' autonomy. The aim of this study was to examine the de-velopment of teamwork in a dental organisation, with the dentists as team leaders taking on the role of change agent. The results show that dentists' autonomy to develop teamwork may be challenged by resistance from dental auxiliaries and local managers, indicating the need to include all staff in any change process.

Inledning

Samverkan har blivit ett honnörsord för verksamheter i hälso- och sjukvården (Anell & Mattisson, 2009) och i statliga rapporter lyfts det fram att vårdpersonalen bör samverka i större utsträckning, både inom och över organisationsgränser (Vårdanalys, 2016, 2017). Inom vården finns det ett särskilt behov av att olika yrkesgrupper kan samverka i team (Anell & Mattisson, 2009). Mångprofessionella team beskrivs till exempel kunna bidra till mer kostnadseffektiv vård, ökad patientsäkerhet och nöjdare patienter. De anses även kunna minska yrkesutövares stress och öka arbetstillfredsställelsen (West & Lyubovnikova, 2013).

Teamarbete i tandvården rekommenderas i statliga rapporter för att patienters behov av tandvård ska kunna tillgodoses då det råder tandläkarbrist på flera håll i landet samtidigt som befolkningen ökar och fler personer blir äldre och har ett ökat behov av tandvård (Socialstyrelsen, 2009, 2013; SOU, 2002). Teamtandvård innebär att tandläkare och den övriga tandvårdspersonalen arbetar tillsammans kring patienter. Tandläkare, som har den bredaste kompetensen, koncentrerar sig på arbetsuppgifter som bara de har kompetens för att utföra medan tandhygienister och tandsköterskor övertar övriga arbetsuppgifter. Tandläkare har rollen som teamledare och fördelar arbetsuppgifter inom teamet (SOU, 2002).

Att genomföra förändringar i vården, både när det gäller behandlingar av patienter och arbetsätt, kan emellertid vara lättare sagt än gjort. Det kan finnas ett stort avstånd mellan beslut som fattats av politiker och chefer i organisationer och det som sker i den praktiska verksamheten. Detta kan förklaras med att de professionella som berörs av förändringar ofta har stort inflytande över den dagliga verksamheten genom sin autonomi i arbetet (Blomqvist 2007, a, b). De får därmed makt över genomförandet av förändringar (Rothstein, 1987). Men vilket handlingsutrymme har professionella i praktiken? Tandläkare har som teamledare en central roll för utvecklingen av teamarbete och hur arbetet fördelas (Bullock & Firmstone, 2011), men även andra aktörer på en arbetsplats kan ha inflytande och påverka tandläkares autonomi när det gäller arbetsfördelningen. Syftet med denna artikel är att undersöka hur tandläkare upplevde sitt handlingsutrymme i en tandvårdsorganisation där den högsta ledningen hade som ambition att öka samverkan mellan tandvårdspersonalen och vad deras handlingsutrymme betydde för teamarbetet. Tandläkare sågs som nyckelpersoner i processen och ledningen anordnade en utbildning för att utveckla dem som teamledare. Utbildningens innehåll i sig är inte det centrala i artikeln utan hur tandläkare efter utbildningen upplevde sina möjligheter att förverkliga sin önskan om arbetsfördelning på sina arbetsplatser. Med tanke på bristen på tandläkare och behovet av teamarbete för att effektivisera tandvårdsarbetet är detta intressant att undersöka.

Teoretiska utgångspunkter

Autonomi kan konkretiseras utifrån dimensionerna handlingsfrihet och handlingsförmåga (Agevall, Jonnergård & Krantz, 2017; Lundquist, 1988). Handlingsfriheten ger en individ ett handlingsutrymme för egna bedömningar, beslut och handlingar medan handlingsförmågan avser individens reella möjligheter att kunna utnyttja handlingsfriheten. Handlingsfriheten kan reduceras genom exempelvis detaljstyrning med regler om hur ett arbete ska utföras. Handlingsförmågan påverkas av resurser, som till exempel ekonomiska resurser, tid till förfogande och tillgång på personal (Agevall et al, 2017). Handlingsfrihet kan även förklaras som aktörens frihet att fatta egna beslut, välja sina mål och styra det egna handlandet utan påverkan av andra aktörer (motsvarar att vilja). Handlingsförmåga syftar på den reella förmågan att förverkliga målen och utföra handlingar (motsvarar att kunna). Handlingsfriheten handlar således om individers frihet att fatta egna beslut och välja sina mål och handlingsförmågan om förmågan att kunna förverkliga dem i praktiken (SOU, 2008).

Autonomi är en central del av klassiska professioners arbete, som till exempel tandläkares och läkares (Brante, 2013; Freidson, 1994). Även andra yrkesutövare som arbetar direkt med patienter har autonomi inom sitt kunskapsområde, som till exempel sjuksköterskor och tandhygienister. Autonomi för yrkesverksamma i vården är lagligt reglerad genom att de har en egen beslutsautonomi som baseras på deras yrkeslegitimation. De behöver ha tillräcklig autonomi för att kunna arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och utifrån varje patients individuella behov (SOU, 2016). Det innebär inte att de professionella i vården ska fatta beslut om undersökningar och behandlingar på egen hand. Patienten ska vara delaktig i besluten. För att ta tandläkare som exempel innebär deras arbete att undersöka, bedöma och diagnosticera enskilda patients problem och att tillsammans med patienten fatta beslut om vilken behandling som är mest lämplig för den enskilda patienten.

Tandläkares, liksom läkares, autonomi när det gäller fördelningen av arbetsuppgifter är mer komplex. Det behöver inte alltid vara de som utför alla undersöknings- eller behandlingsmoment, utan de kan överlåta arbetsuppgifter till andra yrkeskategorier. De klassiska professionerna i vården antas ha en stark ställning i förhållande till andra yrkesgrupper, vilket kan skapa informella hierarkier i en verksamhet som kan ha betydelse vid fördelningen av arbetsuppgifter (SOU, 2016). Deras förmåga att förverkliga sin önskan om vilka arbetsuppgifter de vill utföra själva eller överlåta till andra kan emellertid påverkas av andra aktörer. Andra yrkeskategorier i vården kan antingen acceptera eller säga nej till de arbetsuppgifter som de blir tilldelade (Apeoa-Varano, 2013; Powell & Davies, 2012). Chefer kan påverka genom sitt inflytande över resurser,

som exempelvis tillgång på personal som kan överta arbetsuppgifter. Om de professionella upplever en begränsning av autonomi kan det leda till minskad arbetstillfredsställelse (SOU, 2016), minskat engagemang och att de tycker att arbetet är tråkigt (Agevall et al, 2017). Detta kan man anta kan få konsekvenser för intresset att driva utvecklingen av en verksamhet. Med tanke på att tandläkare i den aktuella organisationen sågs som nyckelpersoner för utvecklingen av teamarbete på sina arbetsplatser är det intressant att undersöka deras autonomi när det gäller att fördela arbetsuppgifter mellan sig själva och tandhygienister och tandsköterskor.

Material och metod

Det empiriska materialet är en del av en studie med tandläkare som genomgått teamledarutbildningen i en folktandvård. Kursen startade 2009 och hölls årligen fram till 2016. Kursen leddes av en tandläkare med erfarenhet av att arbeta i team i tandvården och av en konsult med kunskap om team och grupprocesser. Kursen omfattade tre dagar: två dagar under det första tillfället och en dag sex månader senare. Syftet med det andra tillfället var att diskutera tandläkarnas erfarenheter av att förverkliga teamarbete på sina arbetsplatser. Kursens innehåll omfattade dels teorier om team, dels hur man praktiskt kan arbeta i team i tandvården och fördela patientarbetet inom teamet.

Urvalet av intervjupersoner gjordes utifrån en webbenkät som en person i tandvårdsledningen skickade till tandläkare som gått kursen och som arbetade kvar i organisationen våren 2016 som en del av en utvärdering av teamarbete. Frågorna i enkäten gällde om tandläkarna kommit igång med teamarbete, hur de tyckte att det fungerade och vad det berodde på om de inte arbetade i team. 19 tandläkare besvarade enkäten. Åtta av dem uppgav att de kunde tänka sig att ställa upp på en intervju och dessa kontaktades med e-post hösten 2016. En av tandläkarna hade slutat i organisationen och en svarade inte. De återstående sex tandläkarna ställde upp i intervjuer per telefon som genomfördes och transkriberades av mig. Intervjuerna var semi-strukturerade, vilket innebär att frågorna utgick från en intervjumall, men att de kunde ställas i olika ordning och på olika sätt beroende på hur tandläkarna svarade för att följa upp deras svar.

I intervjuerna framkom att tandläkarna upplevde både hinder och stöd för att arbeta i team, vilket ledde till en fördjupning kring tandläkares handlingsfrihet och handlingsförmåga att utveckla teamarbete. Analysen innebar att det empiriska materialet först sorterades i teman som motsvarades av stöd och hinder för att utveckla teamarbete. Därefter fördjupades analysen kring vilka faktorer som tandläkare nämnde och som rörde deras upplevda stöd och hinder, vilket resulterade i olika kategorier.

Resultat

Stöd för teamtandvård

Samtliga tandläkare underströk att tandvårdschefen stöttade utvecklingen av teamarbete, vilket initiativet till teamledarutbildningen visade. Även klinikchefer kunde vara stöttande och uppmuntra tandläkare att gå utbildningen. Klinikchefer kunde även uppmuntra och stötta teamarbetet på klinikerna, till exempel i planeringen av tillgängliga tandsköterskor och tillgängliga behandlingsrum där tandsköterskor kunde arbeta med patienter. Tandläkarna hade frihet att själva bestämma hur de ville fördela patientarbetet mellan sig och den övriga tandvårdspersonalen. Varken tandvårdschefen eller klinikcheferna styrde med tydliga direktiv.

Barriärer för teamtandvård

Samtliga tandläkare berättade att de skulle vilja arbeta i team i högre utsträckning än vad de gjorde. Olika faktorer bidrog till att de upplevde att det inte var möjligt.

Brist på resurser

Brist på resurser i form av brist på behandlingsrum och tandvårdspersonal lyftes fram. Brist på behandlingsrum kunde vara ett problem beroende på att teamarbete innebär att tandläkare arbetar i ett eller flera behandlingsrum samtidigt och att tandhygienister eller tandsköterskor arbetar på egen hand i andra behandlingsrum. Brist på tandsköterskor, antingen på grund av vakanta tjänster eller sjukdom, bidrog till att tandläkare och tandsköterskor fick arbeta på ett mer traditionellt sätt där tandläkare undersökte och behandlade patienter med assistans av tandsköterskor. Vakanta tjänster och sjukdomar kunde vidare bidra till att tandläkare inte alltid fick arbeta med samma tandsköterskor, vilket kunde försvåra teamarbetet. En tandläkare förklarade:

Varje tandläkare ska ha sitt eget team för att det ska kännas mer tryggt för medarbetarna, så att de vet hur vi [tandläkare] jobbar. /.../ Jag jobbar inte i team som tidigare för vi har haft problem med personal, antingen har någon slutat eller blivit sjuk. (tandl 4)

Brist på kunskap

Tandsköterskors negativa inställning till teamtandvård kunde enligt tandläkarna ha att göra med att de upplevde att de inte hade tillräcklig kompetens att utföra delar av patientbehandlingar, vilket kunde leda till att de kände sig osäkra eller inte ville arbeta på egen hand med patienter. En tandläkare berättade:

Tandsköterskor som jobbar i team, de måste ha kompetensen, de måste kunna laga och vilja. Och de måste vilja jobba ensamma, det är inte alla som vill göra det. Så det är hinder. Man kanske helst vill assistera. (tandl 1)

Tandsköterskor som inte ville eller vågade arbeta på egen hand med patienter beskrevs av tandläkare som ett problem för utvecklingen av teamarbete, men det framkom även förståelse för att tandsköterskor som upplevde att de saknade tillräcklig kompetens kunde känna sig osäkra.

Motarbete

Tandläkare uttryckte vidare att deras möjligheter att utveckla teamarbete kunde begränsas av att tandhygienister och tandsköterskor kunde vara negativa till att utföra arbetsuppgifter på patienter som de inte brukade göra. Speciellt tandsköterskorna kunde vara ovilliga. Enligt tandläkare kunde tandsköterskor beklaga sig över att de tyckte att det lät jobbigt med teamarbete och att de antog att det skulle leda till ökad stress. Till exempel sade en av tandläkarna:

Jag var inspirerad när jag kom tillbaka från utbildningen, men det mesta jag möttes av var att, "nej, det blir jobbigt, det blir mer jobb för oss", som sköterskorna sa. Jag försökte att berätta positiva saker om teamtandvård, men jag fick inget intresse tillbaka. På min klinik jobbar de på traditionellt sätt som de alltid har gjort. Så det är synd, men jag har i alla fall försökt att utveckla det vidare men det har inte blivit så i alla fall. (tandl 3)

Brist på förståelse

En ytterligare anledning till att tandläkare kunde mötas av en negativ inställning inför att arbeta i team kunde vara att såväl tandsköterskor och tandhygienister som klinikchefer inte förstod vad tandläkarna menade när de pratade om teamtandvård. En tandläkare förklarade att ingen på arbetsplatsen "fattar vad teamtandvård är, eftersom de inte har lärt sig vad det innebär" (tandl 6). En annan berättade att "det är svårt att förmedla en känsla" till de andra på en arbetsplats (tandl 3).

Betydelsen av ledningsstöd för tandläkares engagemang

Enligt tandläkare som upplevde att det var svårt att motivera tandsköterskorna har klinikchefer en viktig roll när det gäller att förändra arbetssättet på en klinik. De uttryckte därför besvikelse över brist på stöd och beskrev hur det bidrog till att deras lust att driva utvecklingen minskade:

Att skicka mig på en kurs som var väldigt inspirerande, men att sen inte kunna omsätta

det i praktiken utan mötas av motstånd, det gör inte att man blir jättetaggad att fortsätta tjata. Det är ju chefen som ska se till att det omsätts i praktiken. (tandl 3)

Eftersom man inte får någon respons från ledningen ligger man lite lågt för man vill inte gnälla eller påminna, då blir man lite trött och så tappar man musten. (tandl 5)

Som en följd av barriärerna önskade tandläkarna mer konkret stöd från tandvårdschefen. Att låta tandläkare gå en utbildning var inte tillräckligt. En tandläkare reflekterade över sin roll och uttryckte en önskan om en mer övergripande insats från tandvårdschefen, speciellt som det var formellt fastslaget i folktandvårdens verksamhetsplan att tandvårdspersonalen skulle arbeta tillsammans i team:

Den högsta ledningen har tagit upp det i en verksamhetsplan och sagt att de vill satsa på det [teamarbete]. Jag önskar att man jobbar med det här på alla poster ännu mer, från sköterska till tandläkare till klinikchef till tandvårdschef. Alla kan jobba med det här, då blir det lite lättare, för det här är mycket och mycket lagarbete och det blir svårt, tungrovt, för alla som har gjort det helt själva. Det räcker inte att bara ha teamutbildning och sedan ge fullt ansvar till alla och säga "nu ska ni klara det här själv". (tandl 6)

Diskussion

Tandläkarna i studien var alla positiva till att arbeta i team och hade frihet att själva bedöma vilka arbetsuppgifter i patientarbetet som de ville överlåta till tandhygienister och tandsköterskor, det vill säga handlingsfrihet. Det fanns inga tydliga direktiv från tandvårdsledningen eller klinikchefer om hur arbetsuppgifter skulle fördelas. Tandläkarnas möjligheter att förverkliga sina mål och utveckla teamarbetet var emellertid inte oproblematiska beroende på de barriärer som de kunde möta. Handlingsförmågan var därigenom låg, vilket medför att tandläkarnas autonomi att utveckla teamarbete var begränsad.

Resultaten visar att personella resurser hade betydelse för tandläkarnas handlingsförmåga, men ännu viktigare verkade den tillgängliga personalens och klinikchefernas inställning till teamarbete vara. Det framkom att framför allt tandsköterskor kunde känna oro för högre arbetsbelastning och osäkerhet inför nya arbetsuppgifter och därför vara ovilliga. En negativ inställning kunde enligt tandläkarna även bero på dålig kunskap om och förståelse för vad teamarbete innebär. Tandläkare önskade därför mer stöd från tandvårdsledningen och att alla på en klinik fick möjlighet att lära sig om teamarbete. Att den högsta ledningen i en organisation engagerar den profession som kan antas ha mest inflytande över arbetsfördelningen kan vara en förutsättning för att driva igenom ett förändrat arbetssätt (Ferlie et al, 2005). Resultaten visar emellertid att detta inte är tillräckligt. Ingen av tandläkarna nämnde behov av mer styrande direktiv

från tandvårdsledningen om hur arbetet skulle fördelas på klinikerna. Detta är inte förvånande mot bakgrund av att professionella i vården slår vakt om sin autonomi i patientarbetet att kunna göra bedömning och fatta beslut om vilket arbetet ska utföras och hur det ska utföras (Freidson, 1994).

Tandläkarna kunde uttrycka frustration över att inte kunna förverkliga sin önskan om arbetsfördelning och att deras lust att utveckla teamwork minskade när de inte fick stöd från klinikchefer. Reducerad handlingsförmåga är i sig begränsande för att realisera beslut och mål, men även det känslomässiga engagemanget har betydelse genom att det kan påverka professionellas vilja att ta ansvar i sitt arbete (Agevall et al, 2017). Svårigheten att utveckla teamwork förstärktes således genom att tandläkare kände minskat engagemang och därför inte ville ta det ansvar som de fått av tandvårdsledningen att driva utvecklingsarbetet på klinikerna.

Tandvården är inte unik när det gäller svårigheter att förändra arbetssätt. Studien kan därför vara av intresse för ledningen även i andra typer av organisationer som vill utveckla mångprofessionella team.

Referenser

- Agevall, L., Jonnergård, K. & Krantz, J. (2017). Frihet under ansvar eller ansvar under tillsyn? Om dokumentstyrning av professioner. Växjö: Linnaeus University Press.
- Anell, A. & Mattisson, O. (2009). Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt. Lund: Studentlitteratur.
- Apesoa-Varano, E. C. (2013). Interprofessional conflict and repair: a study of boundary work in the hospital. *Sociological Perspective*, 56(3), 327-349.
- Blomqvist, P. (2007a). Sjukvårdens styrning och organisation. I Blomqvist P (red): Vem styr vården? Organisation och styrning inom svensk sjukvård (s11-52). Stockholm: SNS Förlag.
- Blomqvist, P. (2007b). Kan vi styra sjukvården? I Blomqvist P (red): Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård (s222-238). Stockholm: SNS Förlag.
- Brante, T. (2013). The professional landscape: the historical development of professions in Sweden. *Professions & Professionalism*, 3(2).
- Bullock, A. & Firmstone, V. (2011). A professional challenge: the development of skill-mix in UK primary care dentistry. *Health Services Management Research*, 24(4), 190-195.
- Farlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. & Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Oxford: Polity Press.
- Lundquist, L. (1988). *Byråkratisk etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Powell, A. E. & Davies, H. T. O. (2012). The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Social Science & Medicine*, 75(5), 807-814.

- Rothstein, B. (1987). Välfärdsstat, implementering och legitimitet. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 90(1), 21-37.
- Socialstyrelsen. (2009). Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). Nationell utvärdering – Tandvård – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2002:53). *Tandvården till 2010. Slutbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2008:59). *Föreningsfostran och tävlingsfostran. En utvärdering av statens stöd till idrotten*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2016:2). *Effektiv vård*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2016). Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2017). Från medel till mål: att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- West, M. A. & Lyubovnikova, J. (2013). Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management*, 27(1), 134-142.