

Utveckling av multiprofessionellt samarbete vid Familjecentret i Borgå

En enkätstudie

Maja Enholm-Tela

EXAMENSARBETE	
Arcada, Helsingfors	
Utbildningsprogram:	Hälsofrämjande, Social- och hälsovårds högre yrkeshögskoleutbildning
Identifikationsnummer:	
Författare:	Maja Enholm-Tela
Arbetets namn:	Utveckling av multiprofessionellt samarbete vid Familjecentret i Borgå
Handledare (Arcada):	Jeglinsky-Kankainen Ira, Tallqvist Susanna
Uppdragsgivare:	Borgå stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Familjecentret i Borgå var överbelastat och personalen hade ont om tid. Barn- och familjearbete är krävande och innebär samarbete av de professionella över yrkesgränserna, samt samarbete med andra organisationer och instanser. Familjecentret hade intresse av att utveckla det multiprofessionella samarbetet för att säkra välfungerande och snabba tjänster, oberoende av överbelastning och ändringar i arbete. Syftet med denna studie var att utreda på vilket sätt personalen vid Familjecentret i Borgå samarbetade, vilka faktorer främjade vs hämmade multiprofessionellt samarbete. Metoden var icke experimentell och utfördes genom en deskriptiv tvärsnittsstudie med kvantitativt förhållningssätt med kvalitativa inslag. Data samlades in genom en webbenkät under tidsperioden 25.1-5.4.2022. Enkäten skickades ut via servicedirektören för tjänster för tidigt stöd i Borgå stad till Familjecentrets personals e-post. Som teoretisk referensram användes Rose & Norwich teoretiska modell för samarbete. Resultat: Familjecentrets personal upplevde att de var motiverade, hade erfarenhet och färdigheter att arbeta med andra yrkesprofessionella. Karakteristiskt för samarbete var kommunikation ansiktemot-ansikte i form av möten och träffar eller via telefon, teams och e-post. Största hindret för samarbete var tidsbrist, för stor arbetsmängd, bristande kunskap om varandras ansvarsområden, utrymmesbrist, samt olika klientprogram och skilda lagar för social- och hälsovårdstjänsterna. Främjande faktorer för samarbete var tid för att samarbeta, gemensamma utrymmen, inplanerade och regelbundna möten, bra kommunikation samt att känna varandras arbetsuppgifter. Slutsats: Eventuella personalförändringarna efter vårvintern 2022, samt omändringarna till Östra Nylands välfärdsområde år 2023 gjorde att resultatet inte kan ses som representativ för Familjecentrets personal i dag, men kunde däremot vara riktgivande.</p>	
Nyckelord:	Multiprofessionellt samarbete, familjecenter, social- och hälsovård, teoretisk modell, Familjecentret i Borgå
Sidantal:	80
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada, Helsinki	
Degree Programme:	Health Promotion, Social- and healthcare
Identification number:	
Author:	Maja Enholm-Tela
Title:	Development of multi-professional collaboration at the Family center in Porvoo
Supervisor (Arcada):	Jeglinsky-Kankainen Ira, Tallqvist Susanna
Commissioned by:	City of Porvoo
<p>Abstract:</p> <p>The professionals in the Family Center in Porvoo were overloaded and in a hurry. Child- and family work is demanding and involves collaboration of professionals across professional boundaries, as well as collaboration with other organizations and agencies. The family center was interested in developing multiprofessional collaboration to ensure well-functioning and fast services, regardless of workload and changes in work. The purpose of this study was to investigate how the professionals at the Family Center in Porvoo collaborated, which factors promoted vs hindered multiprofessional collaboration. The method was non-experimental and was carried out through a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach with qualitative elements. Data was collected through a web survey between the 25th of January and 5th of April 2022. The survey was sent out via the service deputy director for services for early support in Porvoo city to the e-mail of the Family Centre's professionals. Rose & Norwich's theoretical model for collaboration was used as a theoretical framework. Results: Family Center professionals felt that they were motivated, had experience and skills to work with other professionals. Characteristic for collaboration was face-to-face communication in meetings and gatherings or via telephone, teams and e-mail. The biggest obstacle to collaboration was lack of time, too much work, lack of knowledge about each other's areas of responsibility, lack of space, as well as different client programs and different laws for the social- and health care services. Promoting factors for collaboration were time to collaborate, shared workspaces, planned and regular meetings, good communication and knowing each other's work tasks. Conclusion: Possible personnel changes after spring winter 2022 and changes due to the Itä Uudenmaan hyvinvointialue in 2023 meant that the result cannot be seen as representative of the Family Center's professionals today, but could, however, be indicative.</p>	
Keywords:	Multi-professional, collaboration, Family Center, teamwork, healthcare, theoretical model, Family Center in Porvoo
Number of pages:	80
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada, Helsinki	
Koulutusohjelma:	Terveyden edistäminen, Sosiaali- ja terveystieteiden YAMK
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Maja Enholm-Tela
Työn nimi:	Porvoon Perhekeskuksen moniammatillisen yhteistyön kehittäminen
Työn ohjaaja (Arcada):	Jeglinsky-Kankainen Ira, Tallqvist Susanna
Toimeksiantaja:	Porvoon kaupunki
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Porvoon perhekeskuksen henkilökunta oli ylikuormitettu ja heillä oli jatkuva kiire. Lapsi- ja perhetyö on vaativaa ja edellyttää yhteistyötä yli ammattinimikkeiden, sekä yhteistyötä eri organisaatioiden ja virastojen kanssa. Perhekeskus oli kiinnostunut kehittämään moniammatillista yhteistyötä, jotta palvelut toimisivat hyvin ja nopeasti kuormitusasteesta ja työtehtävien muutoksista huolimatta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Porvoon perhekeskuksen henkilökunta teki yhteistyötä, mitkä tekijät edistivät tai estivät moniammatillista yhteistyötä. Menetelmä oli ei-kokeellinen, ja se toteutettiin kuvailevalla poikkileikkaustutkimuksen avulla kvantitatiivisella lähestymistavalla, jossa oli kvalitatiivisia elementtejä. Vastaukset kerättiin verkkokyselyllä ajalla 25.1-5.4.2022. Kyselylomake lähetettiin Porvoon kaupungin varhaisen tuen palveluiden palvelujohtajan kautta perhekeskuksen henkilökunnan sähköposteihin. Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin Rose & Norwichin teoreettista toimintamallia. Tulokset: Perhekeskuksen henkilökunta koki olleen motivoituneita yhteistyöhön ja, että heillä oli kokemusta ja taitoja työskennellä muiden ammattilaisten kanssa. Ominaista yhteistyölle oli kommunikointi kasvotusten, tapaamisien ja kokouksien muodossa tai puhelimitse, teamsin- sekä sähköpostin välityksellä. Suurin este yhteistyölle oli ajan puute, liiallinen työ määrä, toisille tuntemattomat vastualueet, tilanpuute sekä eriävät asiakasohjelmat ja jakautuneet lait sosiaali- ja terveystieteiden palveluille. Edistäviä tekijöitä yhteistyölle oli aikaa yhteistyölle, yhteiset tilat, suunnitellut ja säännölliset tapaamiset, hyvä kommunikointi ja toisten työtehtävien ja vastualueiden tunteminen. Johtopäätös: Mahdolliset muutokset henkilökunnassa kevättalven 2022 jälkeen, sekä muutokset Itä Uudenmaan hyvinvointialueen myötä vuonna 2023 merkitsevät, että tulosta ei voida pitää perhekeskuksen henkilökuntaa edustavana tänä päivänä, mutta se voisi kuitenkin olla suuntaa antava.</p>	
Avainsanat:	Moniammatillinen yhteistyö, perhekeskus, ryhmätyö, sosiaali- ja terveydenhuolto, toimintamalli, Porvoon perhekeskus
Sivumäärä:	80
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	Inledning.....	9
2	Bakgrund.....	10
2.1	Terminologi för samarbete	10
2.2	Familjecenter	12
2.2.1	<i>Barns, ungas och barnfamiljers hälsa i Finland</i>	<i>14</i>
2.2.2	<i>Klientcentrering och -delaktighet.....</i>	<i>15</i>
2.2.3	<i>Borgå stad och -familjecenter.....</i>	<i>16</i>
3	Tidigare forskning	17
3.1	Förutsättningar för samarbete	17
3.2	Kategorier som multiprofessionellt samarbete bygger på	18
3.3	Nationellnivå	19
3.4	Lokal- eller organisationsnivå.....	20
3.4.1	<i>Ramavtal och riktlinjer</i>	<i>20</i>
3.4.2	<i>Samarbetsmiljö.....</i>	<i>21</i>
3.4.3	<i>Ledarskap vid samarbete</i>	<i>22</i>
3.5	Gruppnivå	24
3.6	Individnivå.....	25
3.7	Kommunikation.....	26
4	Teoretisk referensram	26
4.1	Teoretisk modell som utvecklingsverktyg för multiprofessionellt samarbete	27
4.1.1	<i>Dilemman inom MPS.....</i>	<i>31</i>
4.1.2	<i>Rolldilemma inom MPS.....</i>	<i>32</i>
4.1.3	<i>Identitetsdilemma inom MPS.....</i>	<i>32</i>
4.1.4	<i>Kontrolldilemma inom MPS.....</i>	<i>33</i>
5	Syfte och frågeställning	35
6	Metod.....	35
6.1	Datainsamling.....	36
6.2	Urval	37
6.3	Bearbetning och analys.....	37
6.4	Etiska aspekter	38
7	Resultat	39
7.1	Individnivå.....	40
7.2	Organisation och ledning.....	44

7.3	Samarbete i grupp.....	46
8	Diskussion	52
8.1	Individnivå.....	52
8.2	Gruppnivå	53
8.3	Organisations- och ledningsnivå	55
8.4	Nationellnivå	57
8.5	Metoddiskussion.....	58
8.6	Implikationer	59
9	Slutsatser	60
	Källor	61
	Bilagor	70
	Bilaga 1. Följebrev till enkäten	71
	Bilaga 2. Följebrev till kontaktperson	73
	Bilaga 3. Frågeformulär	74

Figurer

Figur 1. Rose & Norwich modifierade kontextuella ram för samarbete	28
Figur 2. En modifierad modell av samarbetsprocesser i team.....	31
Figur 3. Sambandet mellan spänningar i grupper och lösning av dilemman i samarbetande teamprocesser	34
Figur 4. Arbetserfarenhet i procent vid Familjecentret.	40
Figur 5. Utbildningsfördelning i procent.....	40

Tabeller

Tabell 1. Procentuell fördelning av motivation och ansvarstagande vid samarbete med andra yrkesprofessionella	40
Tabell 2. Fördelning i procent av erfarenhet och färdigheter i att samarbeta med andra yrkesprofessionella	41
Tabell 3. Fördelning i procent av upplevelsen av status och yrkesroll, samt upplevelsen av hur yrkesexpertisen motsvarar arbetsuppgifterna	41
Tabell 4. Procentuellt visualiserat hur bra Familjecentrets personal kände till de olika yrkesgruppernas ansvarsområden.....	42
Tabell 5. Kommunikationsmedel-, form- och innebörd för samarbete som förekommer vid Familjecentret samt samarbetsaktörer	44
Tabell 6. Visualisering i procent hur respondenterna upplevde att de har tid att samarbeta med andra samt hur bra de upplevde att de fått skolning i att samarbeta med andra yrkesprofessionella	44
Tabell 7. Procentuell fördelning för om det fanns modeller och utrymme för samarbete, samt om det fanns ett gemensamt dokumentationssystem	45
Tabell 8. Procentuell fördelning av upplevelsen av stöd och möjlighet av ledningen för samarbete	45
Tabell 9. Procentuell fördelning av upplevt stöd, samhörighet, respekt och förtroende yrkesgrupper emellan	46
Tabell 10. Procentuell fördelning av respondenternas nöjdhet med jämlikhet och maktfördelningen på Familjecentret.....	46

Tabell 11. Fördelning procentuellt hur respondenterna upplever att de har möjlighet att påverka vid sin arbetsplats.....	46
Tabell 12. Visualiserar procentuellt hur ofta respondenterna fattade beslut tillsammans om en klient, gjorde gemensamma målsättningar för klienter med andra yrkesprofessionella samt hade avtalade möten för att behandla gemensamma klienters ärenden med kollegor	47
Tabell 13. Känslan av att det fanns en gemensam verksamhetskultur och att de anställda hade ett gemensamt språk, samt gemensam terminologi yrkesprofessionella emellan procentuellt	47
Tabell 14. Översikt av Familjecentrets respondenters främjande och hämmande faktorer för MPS	50

1 INLEDNING

Multiprofessionellt samarbete som begrepp och arbetssätt har blivit vanligare inom social- och hälsovårdsbranschen. Multiprofessionellt samarbete ses som en lösning till att på ett klientbaserat sätt föra samman olika yrkesgruppers kunskap och färdigheter samt utforma ett gemensamt syfte och arbeta mot gemensamma mål. (Sørensen et al. 2018 s. 1)

Hälsovårdsproblem är stora och komplexa, både på klinisk- och på ledningsnivå (Hazrati et al. 2021 s. 2). Patienternas vård blir alltmer komplexa och med effektivt multiprofessionellt arbetssätt kan man minska vårdkostnader genom att minska på dubbla tjänster och minimera onödiga ingrepp. Multiprofessionellt arbete kan också förbättra patientresultat och gruppmedlemmarnas individuella arbetsglädje och prestation. (Sørensen et al. 2018 s. 1–6)

Utvecklingen av teambaserade organisationer har starkt rekommenderats för att effektivt hantera framtida utmaningar inom vården. Även om det finns starkt stöd för fördelarna med att arbeta i multiprofessionella team inom hälso- och sjukvården, rapporteras implementeringen av multiprofessionellt arbete vara utmanande globalt. (Frykman et al. 2014 s. 1–2; Schwarz et al. 2015 s. 58–59) Litteraturen påvisar att team inte fungerar på det önskvärda multiprofessionella sättet endast genom att arbete organiseras i team och genom att yrkesgrupper förs samman (Anåker et al. 2020 s. 8).

Tjänsterna på ett familjecenter skall enligt Institutionen för hälsa och välfärds verksamhetsmodell vara klientorienterad. Barn, unga och familjer skall få den service de har behov av, lätt, snabbt och flexibelt. För att säkra klientens tillgång till rätt service, kräver det samarbete av de professionella över yrkesgränserna. (Hastrup et al. 2021 s. 11; Hastrup et al. 2019 s. 22–23)

Detta masterarbete var en del av projektet Utveckling av det nya Familjecentret i Borgå, som samarbetade med yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors.

Familjecentret i Borgå var hårt belastat. Familjecentret hade intresse av att utveckla det multiprofessionella samarbetet för att säkra välfungerande och snabba tjänster, oberoende av belastningsgrad och ändringar i arbetet.

Samarbetsprocesserna i multiprofessionella team är sammanhangsspecifika och det är viktigt att identifiera de faktorer som gör samarbetet fungerande. (Anåker et al. 2020 s. 8; Fruhen et al. 2020 s. 6) Därför var det relevant att undersöka de specifika faktorerna som inverkar på samarbetet vid Borgås Familjecenter.

2 BAKGRUND

Begreppen multi- och mångprofessionell, multi- och interdisciplinär beskrivs som samarbete inom social- och hälsoområdet som patientnära arbete, som syftar till att ta hänsyn till patientens liv och vård som en helhet. Olika experters kunskaper och färdigheter förs samman och interaktionsprocessen bygger på gemensamma mål och förståelse av patientens situation. (Anåker et al. 2020 s. 1; Isoherranen 2012 s. 23)

2.1 Terminologi för samarbete

Lagarbete är ett centralt sätt att utföra patientnära arbete. I litteraturen finns det rikligt med begrepp som beskriver integrationen av vetenskaper inom social- och hälsovårdssektorn, och de skapar lätt förvirring. De tre mest etablerade termerna för lagarbete är multidisciplinärt-, interdisciplinärt- och transdisciplinärt samarbete. (Isoherranen 2012 s. 17)

Isoherranen (2012 s. 19) skriver att multiprofessionellt samarbete används som ett paraplybegrepp inom social- och hälsovårdssektorn, som omfattar många definitioner och ramar beroende på brukarens orientering. Begreppet multiprofessionellt samarbete används rätt löst och man kan avse flera olika interaktionssituationer i kund- och patientarbete (Mönkkönen et al 2019 s. 15–16).

Begreppen *multiprofessionell*, *mångprofessionell*, *multidisciplinär*, *tvärprofessionell*, *multi-* och *mång-* och *fler-* samt *tvärvetenskap* är begrepp som används i det svenska språket (Psykologiguiden 2021). På finska används ord som *monitieteisyys* och *moniammatillisuus* och på engelska används begreppen *multi-*, *inter-* och *cross-* eller *transprofessional*. (Isoherranen 2012 s. 17, 23; Mönkkönen et al. 2019 s. 9, 15)

Isoherranen (2012 s. 23) påpekar att definitionen multiprofessionellt samarbete inom social- och hälsoområdet har utvecklats utifrån ett antal olika teoretiska ramar. Tyngd-

punkten i definitionerna speglar de sammanhang där definitionerna har utvecklats (Anåker et al. 2020 s. 1; Sørensen et al. 2018 s. 1; Isoherranen 2012 s. 21, 23) Begreppen tvärvetenskap och tvärprofessionellt ses som ett överordnat begrepp till begrepp som multiprofessionell, interprofessionell och transprofessionell (Psykologiguiden 2021).

I Institutionen för hälsa och välfärd (THL) samt Social- och hälsovårdsreformens rapporter används begreppet multiprofessionellt samarbete (Social- och hälsovårdsreformen 2020; THL 2019). På Familjecentret i Borgå arbetar det flera olika yrkesprofessionella, så som byråsekreterare, hälsovårdare, läkare, närvårdare, psykolog, socialarbetare, socionomer, sjukskötare och tradenomer. Multiprofessionellt samarbete (MPS) används som huvudbegrepp i detta masterarbete för att definiera samarbetet mellan olika yrkesverksamma från olika discipliner, som drar nytta av varandras kompletterande färdigheter och arbetar mot gemensamma mål.

Begreppet multiprofessionellt samarbete bär med sig missförstånd och fördomar (Isoherranen 2012 s. 19). Med samarbete betonar man gemensamma åtgärder kring gemensamma uppgifter och med dialog lyfter man fram kommunikationens betydelse i diskussion (Mönkkönen et al. 2019 s. 15–16; Pärnä 2012 s. 48). För de yrkesprofessionella är det tidskrävande att skapa ett effektivt samarbete med föräldrar, det kräver närvaro och genuint bemötande. Ett effektivt samarbete innebär att hitta rätta verksamhetsmodeller och samla information från olika parter. (Viitala et al. 2008 s. 23) Institutionen för hälsa och välfärd (THL 2016) konstaterar att tillit är grunden och förutsättningen för samarbete, förtroende skapar en grundsten som samarbetet kan byggas upp på. Nyckelfaktorerna för att uppnå barnets bästa är familjens delaktighet och engagemang (THL 2016 s. 10–11).

Multiprofessionellt samarbete är en form av samarbete och en viktig del av arbetsformen är gemensamma mål, gemensam strävan att nå målen, förtroende och ledningens samt förmannens engagemang till utvecklingsarbete (Viitala 2008 s. 25; Pärnä 2012 s. 163). Ledningens roll är att säkerställa tillräckliga resurser, ordna sätten att fungera på, samt säkra tillgång till hjälp och stöd, då det finns behov för det. Ledarskap som främjar samarbete behövs för att främja och säkra familjers tillgång till tjänster. Ledningen effektivteras, resurserna specificeras, tjänsterna förbättras då helhetsbilden av barn och familjers tjänster formas. (THL 2016 s. 14) Multiprofessionellt samarbete kräver

mångsidig interaktionsförmåga, förmåga att anpassa sig till förändringar samt kunskap att hantera problem som uppstår i samarbetsituationer. Av den anställda krävs det att kunna hantera ständiga förändringar, sökande av egna yrkesgränser, samt bred och mångfacetterad kunskap. (Pärnä 2012 s. 48) Då en anställd har brister i sina egna resurser och möjligheter, kräver det att andra anställda involveras i samarbetet (THL 2016 s. 10). Det finns utmaningar med att inleda multiprofessionellt samarbete. Utmaningar kan utformas av tidigare erfarenheter, som samarbetsproblem eller skyddande av egen yrkeskompetens. Medarbetare kan vara mer lyhörda för nya idéer, för att stärka sin egen yrkeskompetens, i stället för att fokusera på fungerande samarbete. Positiviteten till det multiprofessionella samarbetet kommer från det förväntade värdet av samarbete, det öppnar nya perspektiv och stärker den individuella kompetensen. (Pärnä 2012 s. 133)

2.2 Familjecenter

Under åren 2005–2007 utvecklades programmet PERHE-kumppanus hanke i Finland som skulle utveckla familjetjänster inom social- och hälsovården. Sveriges Leksandmodell fungerade som inspiration och modell för programmet. Därefter verkställdes projekten KASTE I och KASTE II. Dessa skulle utveckla tjänster för barn, unga och familjer som helheter, i kommunerna. LAPE-programmet skapade familjecenterverksamhetsmodellen under åren 2016–2018 i landskapen. Från och med 2019 har familjecentermodellen etablerats i Finland. (Hastrup et al. 2019 s. 3)

I april 2021 fanns det 117 verkställande familjecenter i Finland. I 55 familjecenter pågick utvecklingsarbete och 25 familjecenter var då i projekteringsfasen. Familjecenter drivs som en helhet och servicen består av flera olika yrkesprofessionellas tjänster. Det är ett kundorienterat och kostnadseffektivt sätt att sammanföra och samordna tjänster för barn, unga och familjer som helhet. Familjecenter erbjuder tjänster som främjar välfärd, hälsa, tillväxt och utveckling samt tidigt stöd och tidig vård för barn, unga och familjer. Familjecenters tjänster omfattar tjänster av hälsovårdare, barnmorskor och läkare vid mödra- och barnrådgivningen samt vid preventivmedelsrådgivningen, familjearbete och hemservice för barnfamiljer, tal-, ergo-, fysioterapi- och näringsterapitjänster, psykolog- och socialarbetartjänster vid uppfostrings- och familjerådgivningsbyråer, socialt

arbete för barnfamiljer, specialsjukvård och stöd för barnskyddet samt verksamhet på öppna mötesplatser. (THL 2021c)

Tjänsterna finns nära barns och familjernas vardagsmiljöer och är lättillgängliga och kan vid behov ges hemma. Familjecenter erbjuder även tjänster på webben. Många familjecenter erbjuder även tjänster för barn i skolåldern och för unga. I familjecenters servicenätverk ingår dessutom småbarnspedagogik, verksamhet som främjar hälsa och välfärd i kommunen samt församlingar och organisationer. Familjecentrets anställda har ett tätt samarbete med varandra. Det gör att familjer snabbt och flexibelt får den sakkunskap de behöver. (THL 2021c)

Till familjecentrets uppgifter hör att främja och följa upp barnets och familjens hälsa och välbefinnande, att ge stöd i föräldraskapet och parförhållandet, erbjuda tidigt stöd, vård och rehabilitering, främja separation i samförstånd och fortsatt föräldraskap samt förebyggande av våld i nära relationer. Familjecenter skapar nätverk av olika tjänster så att varje barn och familj får det stöd och den hjälp de behöver. Syftet är att samordna kommunernas och samkommunernas samt organisationernas och församlingarnas tjänster och verksamhet. (THL 2021c)

Familjecenter utvecklas både med hjälp av LAPE-programmet och kommunernas samt samkommunernas egna utvecklingsarbeten. THL stöder utvecklingen av familjecenter. I familjecenter utvecklas bland annat samarbetspraxis och social- och hälsovårdstjänster för barn- och unga samt familjer, vars syfte är att stärka tidigt och snabbt ge stöd för barnfamiljers vardag. (THL 2021b)

Samtliga familjecenter har en gemensam verksamhetsmodell (nationella riktlinjer) som styr utvecklingen av familjecenter. Verksamhetsmodellen för familjecenter innebär gemensamt överenskomna nationella riktlinjer och ramavtal. Syftet med de nationella riktlinjerna är att förena definitionen och utvecklingsarbetet av familjecenter i kommuner och samkommuner, att säkerställa jämställdhet mellan barn och familjer i hela landet, samt säkra att målen för familjecenter uppfylls, och tillhandahålla en ram för utvärdering. Varje anpassning är nödvändig, men lämnar utrymme för olika implementeringar. De nationella riktlinjerna fungerar som kriterier för familjecenter. När alla riktlinjer är implementerade är det fråga om ett familjecenter. (THL 2021b)

Familjecenter skall fungera som en nyckel till ett nätverk av tjänster för barn- och unga och barnfamiljer.

2.2.1 Barns, ungas och barnfamiljers hälsa i Finland

FinLapset-registerövervakningen samlar information och rapporterar om barns och ungas samt familjers hälsa och välbefinnande, som bor i Finland. Uppgifter samlas från hälsoundersökningar av barn och unga samt från nationella register. Tillförlitlig, jämförbar och aktuell information behövs för att följa barns, ungas och familjers hälsa och välbefinnande, för att utveckla och utvärdera tjänster och för att fatta beslut på nationell och regional nivå. Nationell information gör det också möjligt för serviceproducenterna och vårdpersonal att följa med och utvärdera resultatet av sitt arbete. (FinLapset-rekisteri 2021)

Majoriteten av föräldrar till barnfamiljer och som svarat på undersökningarna tycker att familjens vardag tenderar att fungera bra. De är mestadels nöjda med sina liv, sina relationer och sig själva som föräldrar. (FinLapset-rekisteri 2021)

Barnfamiljers föräldrar upplever att de har vardagliga bekymmer och de skulle vilja få stöd av de professionella. Föräldrarna oroar sig ofta över barns utvecklingsproblem, psykiska problem, allmänt illamående, utanförskap och oönskat beteende. Då flera små problem hopar sig i vardagen kan de mindre bekymren vara större att bemöta än en större utmaning. (Halme&Perälä 2014 s. 216–218)

Enligt FinLapset-registret finns det utmaningar i barn och ungas välmående. De största faktorerna som inverkar negativt på välmående är mobbning, våld riktat mot barn, föräldrarnas alkoholanvändning, oro i småbarnspedagogiken samt barns övervikt. Barnfamiljernas utmaningar för välmående är att orka med vardagen och klara sig, föräldrarnas upplevda ensamhet, våld, ekonomisk knapphet och behov av stöd. (FinLapset-rekisteri 2021)

Coronakrisen har påverkat barns, ungas och familjers vardag, välbefinnande och förverkligande av rättigheter på många sätt. FN:s kommitté för barns rättigheter har varnat för allvarliga fysiska, känslomässiga och psykologiska effekter av coronakrisen hos barn och förverkligandet av deras rättigheter. För att minimera dessa effekter behövs

snabba omedelbara åtgärder samt en övergripande plan för att värna om och främja barns, ungas och familjers välbefinnande. Barns och ungas rättigheter och särställning lämnas lätt på efterkälken under exceptionella omständigheter. Barns och ungas välbefinnande och utveckling är mer beroende av offentliga tjänster än den vuxna befolkningens. Enligt professionella har coronakrisen lett till att barnskyddet har fått nya familjer som klienter. (Statsrådet 2020 s. 16)

2.2.2 Klientcentrering och -delaktighet

Förhållandet mellan yrkesprofessionella och klienten genomgår en historisk förändring. Under en lång period sågs brukaren mer som ett objekt, en passiv aktör inom social- och hälsovårdstjänsterna. På 1980-talet förstärktes brukarens ställning och tjänsterna började bli mer klientcentrerade. Därefter har klienten blivit en aktiv aktör i sitt liv och betydelsen av erfarenhetsbaserad kunskap och expertis inom tjänster och planering stärkts. Under 2000-talet har klientens delaktighet blivit mer framträdande och mer allmänt inom servicesystemet. I det nya delaktighetstänkande är klienten delaktig och aktiv i sitt liv tillsammans med de yrkesprofessionella. (THL 2021e)

Familjecenters tjänster utgår från klientens behov och klienten är i centrum. Klientcentrerade tjänster kräver också att de olika yrkesprofessionella samarbetar. Organisationen som erbjuder klientcentrerade tjänster bör vara medveten om vilka kunderna är i alla delar av tjänsteproduktionen och man med denna medvetenhet strävar man efter att ge dem mer värde. Klienternas behov och värderingar ändrar hela tiden, vilket gör att organisationen ständigt behöver utvecklas i enlighet med dem. (THL 2021e)

Klientdelaktighet inom social- och hälsovården är en viktig kvalitativ aspekt och klientens delaktighet handlar om autonomi, möjlighet att påverka och ta ansvar för sin egen vård. Klientdelaktighet stärker både klienten och yrkespersonen, i bästa fall stärks även klientens engagemang och yrkespersonen upplever en sorts framgång i sitt arbete. Med hjälp av klientens delaktighet kan hela klientförståelsen förbättras och tjänsterna kan utvecklas att de motsvarar bättre tjänstebehoven. Klientdelaktighet medför i bästa fall även att den gemensamma förståelsen ökar, tjänsterna blir mer effektiva och arbetsmetoderna fungerar bättre. (THL 2021d; THL 2021e)

Lagstiftningen stöder klienternas delaktighet. Enligt 2 § och 14 § i grundlagen (731/1999), 22 § i kommunallagen (410/2015), i lagen om patientens ställning och rättigheter (758/1992) och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) samt i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och socialvårdslagen (1301/2014) betonas klientcentrering och klientens delaktighet och invånarna har som tjänsteanvändare rätt att delta och påverka planerandet och genomförandet av tjänster och verksamheter. (THL 2021e)

Att främja klienternas delaktighet är en gemensam inlärningsprocess för organisationer och yrkesprofessionella. Främjande av klientdelaktighet berör samtliga aktörer, ledningen, yrkespersonerna och även klienterna. Att arbeta tillsammans och skapa en gemensam situationsbild kräver dialog, gemensamma tillställningar och tid. Att en organisation är klientorienterad medför implementering av klientcentrerat arbetssätt både i organisationskulturen och organisationens strategiska arbete. Det är viktigt att det klientcentrerade perspektivet syns i organisationens värderingar, normer och roller. (THL 2021e)

2.2.3 Borgå stad och -familjecenter

Den tvåspråkiga kuststaden Borgå är belägen i Nyland, cirka 35 km öst om Helsingfors. Borgås invånarantal är 51 020 personer och till stadens grannkommuner hör Askola, Lovisa, Mörskom, Borgnäs och Sibbo. (Kommunförbundet 2021)

I Borgå stads strategi poängteras det att Borgå är en trivsamt och trygg stad där tjänsterna kan fås på två språk. Staden är mångsidig och naturen ligger nära, staden bär aktivt ansvar för välbefinnande och säkerhet för människor i alla åldrar samt för den gemensamma miljön. (Statsstrategi för Borgå 2018)

I Borgå stads Familjecenter främjas och ges hjälp till barnets, föräldrarnas och hela familjens hälsa och välbefinnande i olika livssituationer. Familjecentret erbjuder bland annat tjänster som barn- och mödrarådgivningen, hemservice för barnfamiljer, socialarbete för barnfamiljer, stöd både för barn och föräldrar vid problem i parförhållande eller vid skilsmässa och familjerådgivning. På Familjecentret samarbetar flera yrkesprofessionella såsom socialarbetare, socionomer, en psykolog, hälsovårdare, närvårdare, läkare, sjukskötare, tradenomer och byråsekreterare (Huopalainen 2021). De anställda har ett

nära samarbete med varandra, vilket också säkrar att familjerna snabbt och flexibelt får den hjälp de behöver. (Borgå stad 2021)

3 TIDIGARE FORSKNING

Det har gjorts studier i Finland och runt om i världen om multiprofessionellt samarbete och dess utmaningar. Utmaningarna är överraskande lika överallt. (Järvensivu et al. 2010 s. 20) I enlighet med den teoretiska modellen som presenteras i kapitel 4.1 (s. 27), kategoriseras de centrala faktorerna i olika nivåer; nationell-, lokal-, grupp- samt individnivå. Kommunikation är en nyckelfaktor för samverkan och nätverksarbete, och presenteras i ett eget kapitel.

3.1 Förutsättningar för samarbete

Under årens lopp har det gjorts en hel del utvecklingsarbete och lagstiftningsreformer, berörande barn, unga och barnfamiljer. Detta har fokuserat på förebyggande tjänster och främjande av en verksamhetsstödande kultur. (Alho 2017 s. 16–17) Enligt Pärnäs (2012) avhandling, *Moniammatillinen yhteistyö lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollistajana*, förutsätter multiprofessionellt samarbete identifiering av ett kundorienterat behov av samarbete och samverkan, för att samarbetet skall komma i gång.

Perälä et al. (2011 s. 11) lyfter fram en studie, *Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeitaan*, som genomförts för tio år sedan om hur tjänster för barn och familjer uppfyller deras behov. Föräldrarna upplevde tjänsterna för barn och familjer generellt som bra. Utvecklingsbehov som lyftes fram var identifiering av stödbehov och lösningsförslag på problemen, att jämlikt ta hänsyn till barn och familjer, delaktighet samt samarbete och koordinering av tjänster, speciellt vid övergångssituationer för barnfamiljer. Liknande resultat lyfter Laitila et al. (2019 s. 8–9) fram i artikeln *Asiakaslähtöisyys lapsi- ja perhepalveluiden moniammatillisessa verkostoyhteistyössä vanhempien kokemana*. Resultaten från artikeln visar att klienterna i stort sett är nöjda med multiprofessionella möten. Föräldrarna kände att de blev hörda och kände sig värdesatta som föräldrar. Ur klienternas synvinkel uppstod det brister mellan de yrkesprofessionella i det multiprofessionella samarbetet i form av otillräckligt informationsflöde, försum-

melse av klienten, ombyte av personal och dåligt planerade multiprofessionella möten från den yrkesprofessionellas sida. (Laitila et al. 2019 s. 8–9)

Det är ytterst viktigt att de anställda är medvetna om de regler och lagar som berör överlåtande av information och samarbete med andra yrkesprofessionella. Då familjer deltar i samarbete med de yrkesprofessionella minskar problem och utmaningar som berör sekretess och överlåtande av information och uppgifter. (THL 2016 s. 11) När yrkesverksamma står inför en svår situation hjälper det att få stöd och kunna diskutera ärenden med kollegor, och de professionella blir inte lämnade ensam i utmanande situationer. Utbildning säkrar även att de anställda är bättre informerade när det gäller att ta upp problem. Öppen diskussion med förmannen eller arbetshandledningen kan sporra den yrkesverksamma att diskutera och bearbeta utmanande klientsituationer. (THL 2016 s. 25)

3.2 Kategorier som multiprofessionellt samarbete bygger på

Social- och hälsovårdssektorn är ett komplext adaptivt system baserat på kulturellt, etiskt, politiskt och ekonomiskt känsliga relationer (Sørensen et al. 2018 s. 9). Social- och hälsosektorn bygger på samverkan och nätverksarbete och utmanas av hög personalomsättning och förändringar i servicestrukturer. Arbetsnätverk är dynamiska och följer sällan ett specifikt mönster. För att nätverk skall kunna fungera optimalt, kräver det tid för att skapa förtroende och låta engagemang växa fram, samt strukturellt stöd för att stöda utveckling. (Järvensivu et al. 2010 s. 20)

Mönkkönen et al. (2019 s. 20) lyfter fram fyra huvudkategorier som inverkar på det multiprofessionella arbetet och en kategori är den yrkesprofessionella rollen. Den andra är strukturella faktorer, som organisationskulturen och ledningens inställning till multiprofessionellt samarbete samt miljö- och tidsbegränsningar som inverkar på hur det multiprofessionella samarbetet förverkligas. Även de personliga faktorerna är en del som inte kan åsidosättas, det innebär den enskilda individens attityder samt sätt att vara i interaktion med andra. Gruppens gemensamma historia spelar också en stor roll och inverkar på hur samarbetet fungerar.

Sørensen et al. (2018 s. 6) påpekar även att för att göra framsteg inom integrerad vård krävs det bred förståelse för de underliggande adaptiva organisatoriska, processuella, kontextuella och relationella förmågorna som stöder samarbete på mikro- (patient, leverantör), meso- (organisatorisk/institutionell) och makro- (system/policy) nivå.

3.3 Nationellnivå

Multiprofessionellt samarbete är ytterst viktigt och centralt på samhällsnivå för att främja befolkningens välbefinnande och hälsa och lösa komplexa vårdbehov (Hazrati et al. 2021 s. 2). Samarbete behövs för att möta de mångfacetterade hälsovårdsbehoven med de begränsade ekonomiska resurserna och den begränsade arbetskraftsstyrka som finns inom social- och hälsovården (Sørensen et al. 2018 s. 1–6). Många länder har ett splittrat social- och hälsovårdssystem som leder till att det är utmanande att hantera klienternas komplexa behov. Lösningen på dessa välfärdssamhälleliga problem består av multiprofessionell utbildning i vårdutbildningar och samverkan mellan olika professioner i arbetslivet. (Hazrati et al. 2021 s. 10) Behovet att interprofessionell utbildning kan nämnas som en nationell handlingsåtgärd för att främja MPS. (WHO 2010 s. 10–11; WHO 2013 s. 4; WHO 2016 s. 1) Hazrati et al. (2021 s. 10) påpekar att för att utveckla multiprofessionellt samarbete i arbetslivet krävs det utveckling av policy redan i läroplanerna för studerande. Läroplanerna borde inkludera multiprofessionella miljöer, där de kliniska lärarna har kapacitet som krävs för multiprofessionell utbildning.

På samhällsnivå handlar det om vad beslutsfattare på regionalnivå kan göra för att främja MPS. Samordnade politiska handlingsstrategier är en nyckelfaktor. WHO (2010 s. 31, 34) tar även upp kort- och långsiktiga strategier som skall göras för att få till stånd en multiprofessionell arbetskraft på både nationell- och lokal nivå. Att införa lagstiftning och regelverk som stödjer MPS är centralt eftersom lagstiftning både kan fungera som möjliggörare och hinder för multiprofessionellt samarbete. Rose & Norwich (2016 s. 64) poängterar att de beslut som fattas av politiker nationellt har en direkt inverkan på de som sedan förverkligar och utgör det praktiska arbetet. Även interaktion och spänningar inom politiken kan avspeglas som problem och utmaningar som bearbetas sist och slutligen i den verkliga praktiken.

På samhällsnivå behövs det också ramar och finansiella medel för att personal skall få tillgång till fortbildning som behövs för att personalen skall ha kapacitet till multiprofessionellt samarbete. En annan viktig insats är att göra upp en sammanhängande modell för hur MPS planeras och finansieras bäst. Även förbättrad kommunikation behövs mellan professionella i systemets samtliga nivåer, även på samhällsnivå, för att det multiprofessionella samarbetet skall bli framgångsrikt. (WHO 2010 s. 31–35) Sørensen et al. (2018 s. 8) lyfter fram att för att multiprofessionellt samarbete skall fungera friktionsfritt behövs åtgärder som förbättrar samarbetet mellan nationella och lokala myndigheter. Även integrering av bottom-up och top-down styrning i vårdmiljöer kan hjälpa till att övervinna dysfunktioner förknippade med effektivitet och samordning (Sørensen et al. 2018 s. 8).

3.4 Lokal- eller organisationsnivå

Denna kategori benämns också olika beroende på författaren. Samarbete på lokalnivå innebär bland annat ansvar, arbetsgivarens roll och ansvar, resurser, samarbetsområde, ledarskap och ledning samt delade/olika koncept och kunskap (Rose & Norwich 2014 s. 64–65). Mönkkönen et al. (2019 s. 20) kategoriserar de strukturella faktorerna, som innehåller organisationskulturen och ledningens inställning till multiprofessionellt samarbete samt miljö- och tidsbegränsningar som inverkar på hur det multiprofessionella samarbetet förverkligas. På denna nivå kan ledare på olika nivåer påverka sådant som resursfördelning, miljömässiga faktorer och genomgående strategier (Sørensen et al. 2018 s. 7–8).

3.4.1 Ramavtal och riktlinjer

För att personal skall ta till sig det multiprofessionella samarbetet behövs det på organisationsnivå tydliga styrmodeller och -strukturer för att uppnå ett gemensamt tillvägagångssätt i själva arbetet. Styrningsmodeller bör utvecklas så att de innehåller uppdaterade strategiska planer för hur samarbetet skall implementeras. Styrmodeller bör även inbegripa arbetsbeskrivningar, visioner och syften som främjar det multiprofessionella samarbetet. Strukturerna i organisationen behöver i sin tur främja delat beslutsfattande

mellan olika professioner och regelbunden kommunikation mellan de olika professionerna. (WHO 2010 s. 28, 30)

På den lokala- eller organisationsnivån kan samarbete främjas genom att säkra kunskap och ramavtal. De yrkeskunniga har behov av att få och ha tillgång till kunskap om vad det systematiska samarbetet innebär och tydliga gemensamma riktlinjer för hur arbetet utförs konkret i praktiken. (Nordström et al. 2016, 14) Sørensen et al. (2018 s. 7–8) påpekar att gemensamma riktlinjer, samarbetssätt, IT-system och bindande avtal förbättrar det multiprofessionella samarbetet, men också samarbetet mellan organisation och kommun. Ellis & Sevdalis (2018 s. 501) poängterar att multiprofessionell utbildning förbättrar personalen att följa gemensamma riktlinjer och teamprocesser. Det behövs ett tydligt och konkret system för hur samarbetet skall se ut. Varje yrkesperson i det multiprofessionella teamet skall veta vad samverkan innebär, ett möte eller en telefonkonsultation är inte tillräckligt för att man skall kunna tala om samverkan. (Timonen-Kallio et al. 2017 s. 395) Williams (2012 s. 555) presenterar ett servicesystem, som innebär samlade budgeter mellan sektorer, gemensamma fysiska utrymmen, utveckling av multiprofessionella team och en rationalisering av styrningen. Williams (2012 s. 554) konstaterar också att knappa ekonomiska resurser försvårar integrering av verksamheter. Ändå är samverkan enligt Williams (2012 s. 550) ett sätt att effektivera och maximera då man har knappa resurser.

Personalen behöver också ges tid och utrymme för att kunna fokusera på det multiprofessionella samarbetet. Personalpolitiken i en organisation behöver genomsyras av att man uppmärksammar och stöder MPS, exempelvis genom att man ger ersättning för väl genomfört samarbete eller att man stöder personalens livslånga lärande. Livslångt lärande hjälper personal att vara redo och förbli redo för samverkan. (WHO 2010 s. 28–29, 35)

3.4.2 Samarbetsmiljö

Enligt WHO (2010 s. 29–30) hör de fysiska utrymmena till organisationsnivån och hur dessa kan främja samarbetet. Detta kan innebära att den fysiska miljön inte avspeglar hierarkier eller sektorer, utan att man i stället exempelvis har gemensamma utrymmen över sektorsgränserna. Även Jacobsen & Thorsvik (2014 s. 269) synliggör vikten av att

yrkesverksamma rent fysiskt är placerade på samma ställe, eftersom naturlig kontakt då förekommer dagligen. Anåker et al. (2020 s. 8) påpekar att utrymmen som möjliggör samarbete i form av ansikte-mot-ansikte och lämpliga utrymmen för personal att mötas och kommunicera kan ha en främjande inverkan på multiprofessionellt samarbete. Tuominen et al. (2019 s. 319) argumenterar för att lämpliga faciliteter och utrustning möjliggör multiprofessionellt samarbete. Weller et al. (2014 s. 152) kommer fram till liknande resultat, att regelbundna möten där information relaterade till klienternas plan, hälsa och situation delas, förbättrar vården och klientsäkerheten. Rosen et al. (2018 s. 12) lyfter fram att strukturerade möten är ett effektivt sätt att förbättra lagstrategin och samarbetet, men som många andra åtgärder, kräver mötena ett starkt ledarskap. Regelbundna och vardagligt bemötande i de gemensamma utrymmena uppmuntrar till social interaktion, relationer mellan professioner samt ömsesidig respekt och tillit. Denna naturliga kontakt kan bryta ner många hinder för samverkan. (Williams 2012 s. 556)

Enligt Hietamäki et al. (2017 s. 420) behövs en tydlig verksamhetsmodell samt gemensamma skolningar för att främja samarbete, även godkännande av den multiprofessionella arbetsideologin och överskridande av de egna gränserna hjälper till att förbättra det multiprofessionella samarbetet. Leppäkoski et al. (2017 s. 204) studie påvisar, att ju fler samarbetspartners det finns, desto viktigare är det att hitta nya professionella arbetsätt som en del av det egna arbetet, att jämlikt kunna hantera barns och ungas ärenden, samt den egna aktiviteten i arbetet. Framgångsrika nätverksträffar förbättrar resultaten och ökar känslan av att lyckas och kunskap om olika yrkespersoners arbetsbeskrivning ökar (Bennetta et al. 2016 s. 234–236).

3.4.3 Ledarskap vid samarbete

Förutom styrmodeller och strukturer behöver organisationer lämpliga ledare för att styra arbete och stöda personalens arbetsinsats så att de har möjlighet att arbeta multiprofessionellt. Otillräckligt ledarskap kan hämma implementering av multiprofessionellt arbete och hindra välfungerande teambaserade modeller från att fungera. Ledarskap är verkligen viktigt för att uppmuntra till användning och implementering av innovativa arbetsflöden, samarbetsstrukturer och för att stödja långsiktig kvalitetsförbättring. En bra ledare är avgörande för att hantera, driva och leverera vård. Ledaren inverkar på den or-

ganisatoriska miljön och kulturen. Gott ledarskap kan skörda outnyttjade fördelar med MPS. (Sørensen et al. 2018 s. 5–10)

Frykman et al. (2014 s. 11) poängterar att ledarskap skall motivera personalen till att arbeta multiprofessionellt och personalen har även behov av feedback. Ledarskap innebär inte endast samordning och planering av arbetsuppgifter. Ledaren skall motivera och upprätthålla en positiv atmosfär, men också ha en tillräcklig förståelse för miljön och kunna identifiera överbelastning och omfördela arbetsbördan, stöda gruppmedlemmar och hjälpa arbetsmedlemmar att vara anpassningsbara. Ledaren skall ha förståelse för andras uppgifter och kunna reagera på förändringar och ändra planer för att uppfylla krävande klienthantering. (Weller et al. 2014 s. 149)

Litteraturen belyser att ledarskap är en av de viktigaste faktorerna för ett smidigt och kvalitativt multiprofessionellt samarbete. Ett effektivt multiprofessionellt samarbete består av kommunikation mellan ledarpositioner inom administrativa sektorer, professionella inom multiprofessionella nätverkssamarbete samt professionella som samarbetar med klienter (Hietamäki et al. 2017 s. 420; Laitila et al. 2019 s. 13). För att säkra att klienterna får rätt service inom rätt tid kräver det att myndigheterna kan samarbeta kvalitativt. Organisationen och ledningen ansvarar för kvaliteten av det multiprofessionella samarbetet, som de anställda bidrar med. Organisationen och organisationsstrukturen för barn och ungas tjänster bör stödja samarbetet mellan experter, samt stärka grunden för multiprofessionellt arbete. Ledningen skall vara medveten om sitt ansvar som en möjliggörare för kvalitetsarbete samt en stöttepelare för medarbetaren. (Malja et al. 2019 s. 16, 25)

Ledaren skapar grunden för barn- och familjetjänster i det multiprofessionella arbetsnätverket, ledaren säkrar koordinering av processer och utvecklande av verksamhetsprinciper för det multiprofessionella samarbetet (Laitila et al. 2019 s. 13). Ledningsstöd behövs för att säkerställa att tjänster och organisationsstrukturer är lämpliga för samarbete mellan experter och medarbetare (Malja et al. 2019 s. 25).

3.5 Gruppnivå

Sørensen et al. (2018 s. 2) påpekar att de relationella aspekterna som makt, hierarki, socialisering, ledarskap och deltagande i samarbetsmetoder är faktorer som inverkar på MPS. För multiprofessionellt arbete på gruppnivå är det grundläggande att gruppen eller teamen omfattar vissa faktorer, som enligt litteraturen är karakteristiskt för samarbetet. Huvudfaktorer för de olika arbetsgrupperna eller teamen är: kommunikation, en tydlig roll- och ansvarsfördelning, regelbundna team-möten för att etablera en gemensam kultur med ömsesidig tillit, gemensamt beslutsfattande, samordnande av uppgifter och väl fungerande informationsflöde. (Sørensen et al. 2018 s. 1; Saint-Pierre et al. 2018 s. 132–133). För att förverkliga teamarbete mellan olika discipliner, betonar Frykman et al. (2014 s. 6) vikten av att det arrangeras möten, träffpunkter för det multiprofessionella teamet för att man skall kunna samarbeta, dela information, lösa problem tillsammans och fatta beslut. Även teamwork-utbildning visar sig förbättra kommunikation och prestationsandan, men också säkerhetskulturen (Dillon et al. 2021 s. 6).

Hazrati et al. (2021 s. 9) tar upp vikten av att det inom den multiprofessionella gruppen finns jämställdhet i status och ansvar, för att öka gruppmedlemmarnas trygghet i sin kompetens och auktoritet. Likaså konstaterar WHO (2013 s. 6) att hierarkitänkande är hämmande för samarbetet mellan olika professioner. Även Saint-Pierre (2018 s. 136) och Weller et al. (2014 s. 150) uppmärksammar att de professionellas olika makt och status hindrar samverkan. Ojämnt inflytande i både beslutsfattande och tillkallande av möten stärker känslan av att de olika professionella har olika makt eller status. En god roll- och ansvarsfördelning samt en strävan efter jämlik status förefaller däremot främja samarbetet. Sørensen et al. (2018 s. 8) lyfter fram att det är viktigt för yrkesverksamma att tillbringa tid tillsammans, för att skapa förtroendefulla relationer och identifiera problemområden samt skapa ett fungerande samarbete. I studien av Sørensen et al. (2018 s. 8) kommer det fram att de yrkesverksamma som fick tid att diskutera och spendera mer tid tillsammans bidrog till personlig tillväxt, ökad självkänedom och en större känsla av erkännande av kollegor.

Problem som berör informationsdelning är inte alltid relaterade till ett dåligt genomförande av samarbetspraxis, utan kan påverkas av kunders önskemål och perspektiv (Hietamäki et al. 2017 s. 422). Smidigt och enkelt samarbete mellan myndigheter och hin-

derfri dataöverföring förbättrar samarbetsmöjligheterna, och det anses vara viktigt att avlägsna tydliga gränser mellan parter för att förbättra samarbete (Leppäkoski et al. 2017 s. 201; Tuominen et al. 2019 s. 391.) I studien av Raitakari et al. (2019) lyfter yrkesprofessionella fram mångfalden av informationssystem och fragmenteringen av information som beror på olika dokumentationssystem. Otillräcklig informationsdelning påverkar verksamheten negativt för att främja klientens service. (Hietamäki et al. 2017 s. 425)

Ojämnt partnerskap, orättvis behandling, begränsning av inkluderandet i samarbete (Hietamäki et al. 2017 s. 423), brist på tid och personal, maktkamp, handla på egen hand och icke-deltagande i möten, samt byråkrati och långsamma procedurer hindrar det multiprofessionella samarbetet. (Leppäkoski et al. 2017 s. 207) Nedsatt förtroende mellan de anställda, osäkerhet och bristande samarbete kan höja tröskeln för att kontakta en annan medarbetare. (Hietamäki et al. 2017 s. 425)

3.6 Individnivå

De individuella faktorerna som Rose & Norwich (2014) nämner att inverkar på samarbete är tidigare erfarenhet av samarbete, personliga färdigheter och egen expertis, status och erfarenhet. Multiprofessionellt samarbete ställer krav på teammedlemmarnas personliga färdigheter och sociala förmågor.

Personliga färdigheter såsom självmedvetenhet, förmåga till reflektion, självförtroende, emotionell intelligens, integritet, förmåga till problemlösning och kritiskt tänkande samt ansvarstagande behövs i samarbete. En av de viktigaste aspekterna är kommunikationsförmåga, i form av att kunna förhandla, lyssna, artikulera och hantera konflikter. Andra sociala förmågor som krävs innefattar färdigheter för att hantera relationer mellan professionsgränserna, empati, respekt, ärlighet/uppriktighet, samt förtroende. På den individuella nivån handlar det mycket om emotionell intelligens och integritet. Då det uppstår närhet och förtroende mellan yrkespersoner, leder det till att de professionella kan stödja varandra och det blir låg tröskel för att ta kontakt och kommunicera med varandra. (Schot et al. 2020 s. 335; Ellis & Sevdalis 2019 s. 499–502)

3.7 Kommunikation

Kommunikation spelar en central roll för samarbete, på både nationell-, lokal-, grupp-, och individnivå. Det mest framträdande i tidigare studier för ett lyckat samarbete är kommunikation.

Både god informell och formell kommunikation behövs mellan olika professionella och mellan de professionella och klienten/familjen för att få till stånd ett multiprofessionellt klientorienterat arbete (Weller et al. 2014 s. 150). Den fysiska miljön, gemensamma utrymmen och avtalade regelbundna möten, främjar den informella kommunikationen. Weller et al. (2014 s. 150) påpekar att färdigt utarbetade ärendelistor kan förbättra kommunikationen om klienters ärende och hälsa, men även att de professionella talar högt och sätter ord på sina tankar kan förbättra samarbetets kommunikation. Den formella kommunikationen stöds bland annat av gemensam terminologi och dokumentation. Schot et al. (2020 s. 332) samt Raitakari et al. (2019 s. 93) poängterar att olika utmaningar och barriärer, som distinkta yrkesområden och separata IT-system, hindrar emellertid kommunikationen och smidigt samarbete.

Kommunikation är det viktigaste elementet för intern integration och extern anpassning. Kommunikation är en av de centrala faktorerna för att MPS skall fungera och har flera olika funktioner inom MPS. Kommunikation förmedlar information, är central för planering, utgör grunden för målformulering, påverkar strategiutveckling, styr och koordinerar beteende. Med kommunikation kan man skapa relationer, utvecklar kultur, bilda nätverk i och utanför organisationer samt presentera organisationen. (Jacobsen & Thorsvik 2014 s. 256)

Kommunikation är ett värdefullt redskap för att uppnå gemensamt beslutsfattande och lärande, strukturerade informationsprocesser, god roll- och ansvarsfördelning samt en gemensam arbetskultur. Kommunikation är en av de viktigaste aspekterna i multiprofessionellt samarbete (Hastrup et al. 2021 s. 18–20).

4 TEORETISK REFERENSRAM

Detta masterarbete tar utgångspunkt i en teoretisk modell för samarbete, för att få en bredare förståelse för MPS. Vid integrering av en teoretisk modell i arbetslivet är det

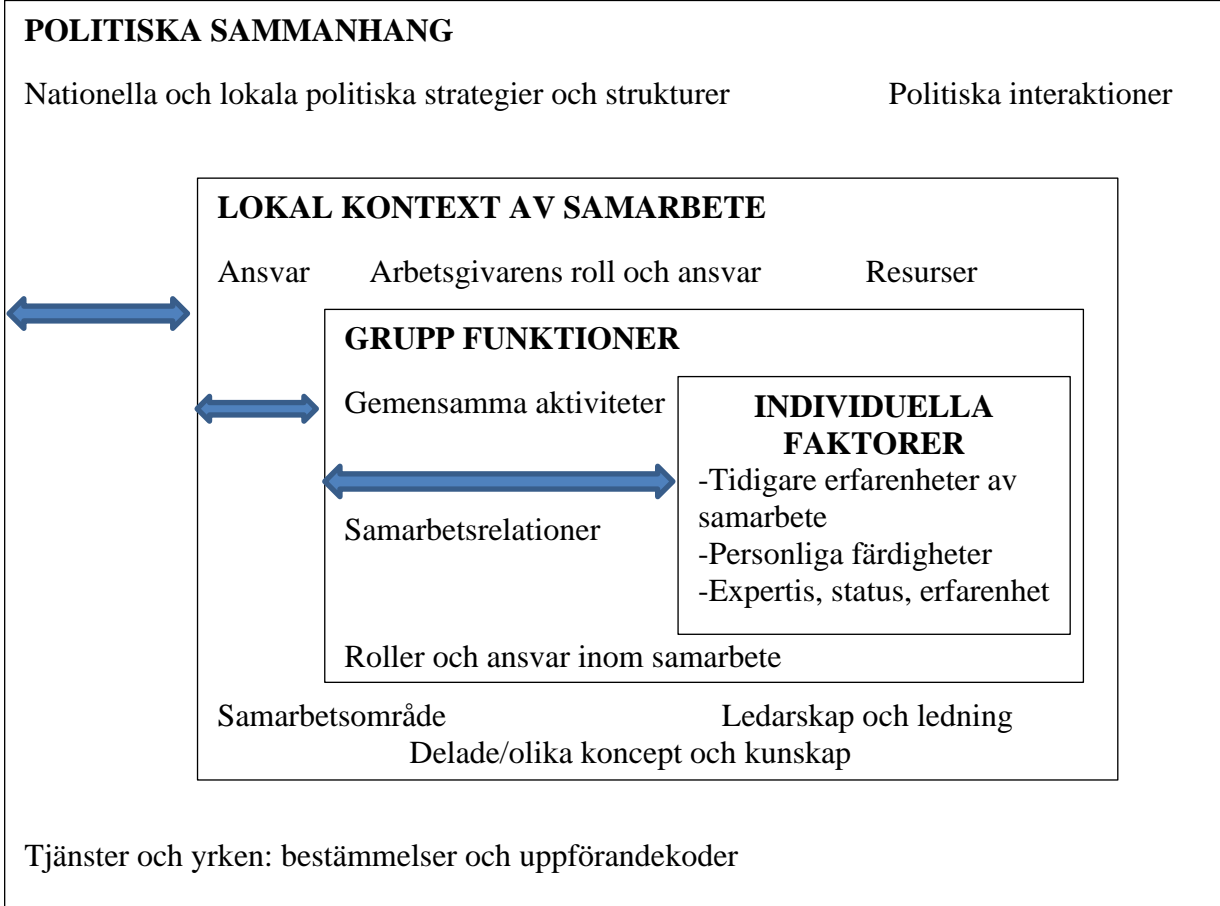
ytterst viktigt att hålla kundperspektivet i fokus. En modellintegration och multiprofessionellt samarbete gynnar inte automatiskt barn, unga och familjer.

4.1 Teoretisk modell som utvecklingsverktyg för multiprofessionellt samarbete

Det finns tidigare modeller för faktorer som inverkar på samarbete yrkesprofessionella emellan och olika organisationers samarbete. Rose & Norwich (2014) teoretiska modell baserar sig på tidigare litteratur och forskningar. Modellen har utvecklats för att förbättra barn, ungas och familjers tjänster och tjänsternas nätverk mellan bland annat förebyggandetjänster, social- och hälsovårdstjänster och skolor. Denna teoretiska modell belyser faktorerna som inverkar på samarbete från ett kontextuellt perspektiv, ett socialt teoriperspektiv men också från en socialpsykologisk vinkel som tidigare forskning inte fokuserat på. Modellen presenterar även dilemman inom MPS och lösningsförslag som uppstår. (Rose & Norwich 2014)

Den teoretiska modellen presenterar processer och faktorer på nationell, lokal, grupp- och individnivå. Nivåerna visualiseras i figur 1. Multiprofessionellt samarbete och samarbete mellan olika organisationer och aktörer stöter sannolikt på hinder särskilt kring att utveckla och samordna kollektiva mål. Modellen har blivit skapad för att få en större förståelse för hur människor utvecklar engagemang för processer och gemensamt arbete, och hur sådan motivation kan lösa multiprofessionella dilemman. Modellen belyser de socialpsykologiska processerna som är involverade i multiprofessionellt samarbete och motivation. (Rose & Norwich 2014 s. 59–60, 71)

Unika problem uppstår när yrkesverksamma med olika bakgrunder och instanser samarbetar. Dessa svårigheter härrör från olika ideologier, arbetssätt och prioriteringar som uppstår när individer från till exempel utbildningssektorn, socialtjänsten och hälsovården samarbetar för att främja barns intressen och välmående. (Rose & Norwich 2014 s. 60)



Figur 1. Rose & Norwich modifierade kontextuella ram för samarbete. (Rose & Norwich 2014 s. 64)

Rose & Norwich (2014 s. 63–64) kategoriserar faktorer som inverkar på samarbete yrkesprofessionella och organisationer emellan, och hur de olika faktorerna påverkar även varandra. I hjärtat av modellen finns grupp- och individuella processer och i modellens utkant befinner sig den lokala- och politiska kontexten. Den lokala- och den politiska kontexten integrerar med varandra och det är viktigt att skilja på myndigheternas interaktion (t.ex. samverkan mellan skolor och mentalvård) och de professionellas interaktion (t.ex. socialarbetare och hälsovårdare).

Nyckelfaktorerna för det politiska sammanhanget identifieras som 1) nationella och lokala myndigheters politik och strukturer, 2) interaktioner och spänningar mellan olika politiska områden, samt 3) regler och kutym för olika tjänster och yrken. Den nationella nivån fastställer generella ramar och förhållningssätt som sedan utarbetas i den lokala nivån. Dessa tillvägagångssätt ställer till problem och utmaningar som måste bearbetas inom praktikens verkliga, "stödigare" sammanhang. En tvåvägsinteraktion mellan de

lokala och nationella kontexterna antas, på grund av att den nationella politiken inverkar på lokala sammanhang och den lokala kontexten återkopplas i slutändan till framtida policyutveckling. (Rose & Norwich 2014 s. 64)

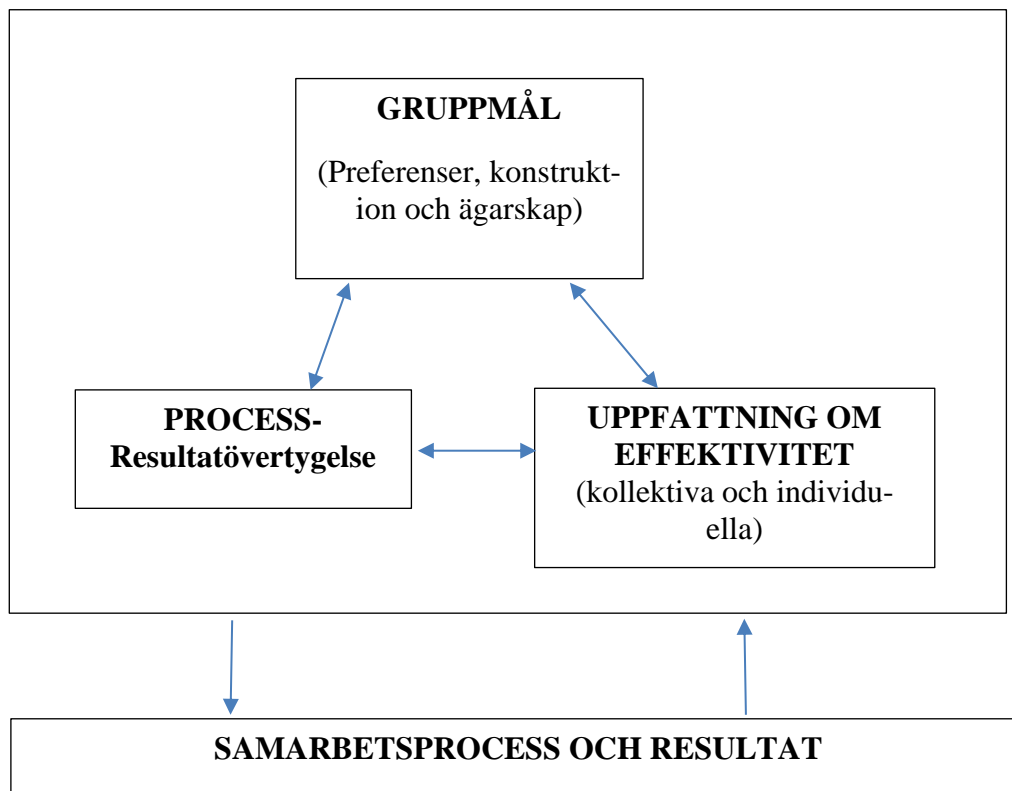
Nyckelfaktorerna och processerna i den lokala samverkanskontexten innefattar: 1) syftet med samverkan, 2) specifika yrkesroller och ansvarsområden, 3) ledarskap och ledningsstrukturer, 4) ansvarslinjer, 5) resurser, samt 6) delade/skiljaktiga begrepp och kunskap. Den lokala nivån styr ramarna för och samverkar med gruppnivån. De nyckelfaktorer och processer i gruppnivån som identifierats omfattar: 1) roller och ansvar inom samarbetsgrupp och team, 2) gemensamma aktiviteter, 3) historia, varaktighet, kontinuitet och samarbetsrelationer. Slutligen är nyckelfaktorerna och processerna för de individuella faktorer som identifierats följande: 1) individuell yrkeskompetens, upplevd status och yrkeserfarenheter, 2) tidigare erfarenhet av samarbete samt 3) personliga färdigheter. (Rose & Norwich 2014 s. 64–65)

Litteraturen påvisar att gemensamma mål är en central faktor i multiprofessionellt arbete. De delade målen måste vara tydliga och engagemang för dessa mål och till processen för gemensamt arbete är avgörande för effektivt samarbete, enda från chefsnivå till leveransnivå. Motivationen att samarbeta över professionella gränser stärks då en profession inte klarar av kraven som krävs för att lösa komplexa problem. I sådana fall kan samtliga parter dra nytta av samarbete. Förtroende och tillit för andra yrkesgrupper kan bidra till en känsla av delat ansvar och framgångsrika resultat, förutsatt att kommunikationssystemet är fungerande och stöder samarbetet. (Rose & Norwich 2014 s. 65)

Principer och strategier för samarbete måste vara överenskomna mellan de som arbetar tillsammans. Det kan förekomma skillnader i värderingar, begrepp och kunskapsbaser som inte hindrar samarbetet. Den teoretiska modellen bygger på teoretiska begrepp om kollektiva preferenser, teamresonemang och gemensamt engagemang. Kollektiva preferenser innebär (1) processerna för att skapa gemensamma mål, (2) delade uppfattningar om kollektivt ansvar och (3) en vilja att agera som en del av en grupp. Individer i interaktion är fokuserade på gruppens mål och resultat, och känner en känsla av engagemang och delat ansvar. I ett gemensamt engagemang finns en avsikt att samordna åtgärder för att nå ett gemensamt mål, med en viss förväntan om att målet inte kan uppnås av enskilda individer. Engagemang leder till "ansvarskultur" där professionella kommer att se

sig själva som ansvariga för att säkerställa positiva resultat och de professionella upplever att de har en skyldighet att utföra de planerade åtgärderna, för att uppnå målen. Individernas uppfattningar speglar sig i den kollektiva effektiviteten. Men kollektiv effektivitet relaterar inte bara till en grupps uppfattning om individers förmåga att framgångsrikt genomföra vissa handlingssätt, utan också till de interaktiva aspekterna av gruppfunktion; hur gruppen fungerar som helhet. Gruppmotivation och prestation beror på både kollektiv effektivitet i social kognitiv teori och på kollektiva processer och övertygelser om resultat. Att initiera och upprätthålla samverkande handlingar, enligt teorin, beror inte bara på gemensamma mål och kollektiva övertygelser om effektivitet, utan också på kollektiva övertygelser om att samverkande handlingar leder till positiva resultat. (Rose & Norwich 2014 s. 65–67)

Figur 2, illustrerar denna integration av den delade gruppmålsaspekten av kollektivt engagemang med kollektiv effektivitet, och process- och resultatövertygelser från socialkognitiv teori. Dessa tre delar interagerar med varandra för att initiera och upprätthålla samverkande åtgärder och resultat. Samarbetsåtgärder kommer sannolikt att initieras om det finns ett kollektivt engagemang för gruppens mål, och det finns övertygelser om att samarbetsåtgärder kommer att leda till önskade resultat, såväl som effektivitetsuppfattningar om gruppens förmåga att genomföra samarbetsåtgärder (individuell och kollektiv effektivitet). När samarbetsåtgärder återkopplas till tidigare åtgärder och resultat till motivationsprocesserna på ett dynamiskt sätt, kan det skapas förändringar i samverkansåtgärderna. I detta avseende illustrerar figur 2 en interaktiv process som kan möjliggöra utveckling, lyhördhet och fortsättning av samarbetsprocesser. (Rose & Norwich 2014 s. 67)



Figur 2. En modifierad modell av samarbetsprocesser i team. (Rose & Norwich 2014 s. 68)

Denna modell av kollaborativa teamprocesser illustrerar de socialpsykologiska processer som förekommer i olika utsträckning i samarbetsteam. I vilken utsträckning kollektivt engagemang, individuell och kollektiv effektivitet samt process- och resultatövertygelser kommer att påverka utvecklingen och upprätthållandet av samarbetsprocesser. Därför ger denna modell ett ramverk för att analysera sådana processer med ett särskilt fokus som inte har använts tidigare. (Rose & Norwich 2014 s. 65–67)

4.1.1 Dilemman inom MPS

Sättet på vilket multiprofessionella team fungerar innebär att det finns vissa typer av problem som de sannolikt kommer att stöta på, särskilt kring att definiera och arbeta mot ett gemensamt mål. Litteraturen påvisar att multiprofessionellt samarbetet och samarbete organisationer emellan kan stöta på spänningar i samarbetet, problem och komplexa dilemman. Dilemman är en speciell typ av svårlösta problem, där det inte finns någon tydlig lösning eftersom alla möjliga handlingsätt har nackdelar. Denna modell

delar in multiprofessionella dilemman i tre delar: dilemman kring roll, identitet och kontroll. (Rose & Norwich 2014 s. 67–68)

4.1.2 Rolldilemma inom MPS

Dilemman kring roller uppstår då det finns obalans eller en konflikt mellan kompetensnivå och uppgiften som utförs. I ett rolldilemma kan en specialist bli ombedd att utföra en mer generisk roll, eller en professionell kan känna att deras expertis devalveras när en lägre specialiserad individ intar en specialistroll. I multiprofessionellt arbete finns det ofta behov av både specialiserad expertis och mer generiskt arbete, men vissa specialister kan uppleva att de inte vill utföra det mer generiska arbetet, och detta kan vara problematiskt i ett team av specialister. Att ta på sig en generisk roll kan dock vara användbart, för att hjälpa utövare att övervinna professionella gränser. Även om generiska roller kan vara användbara när det gäller leveranshastighet, kan yrkesverksamma känna oro kring andra som utför "sina" roller, och oro kring kvaliteten av tjänster. I huvudsak handlar alltså rolldilemman om lämpligheten av uppgifter som en individ utför. (Rose & Norwich 2014 s. 68)

4.1.3 Identitetsdilemma inom MPS

Konflikten mellan djup, men avgränsad, specialistkunskap och bredare kunskap som spänner över professionella gränser kan resultera i ett identitetsdilemma. Hybridproffs, med erfarenhet, kunskap och tillvägagångssätt som tas från olika discipliner, blir allt vanligare. Det kan ta tid att utveckla en tydlig uppfattning om vad det innebär att vara en hybridprofessionell i praktiken, vilket kan resultera i att professionella känner sig osäkra i en sådan roll. Statusförändringar och suddiga rollgränser kan också hota yrkesidentiteten. Att kliva utanför sitt område av specialistkompetens till en mer omfattande roll kan också minska en individs känsla av professionellt bidrag. I grund och botten handlar identitetsdilemman om hur en individ ser sig själv och hur andra ser dem. (Rose & Norwich 2014 s. 65–67)

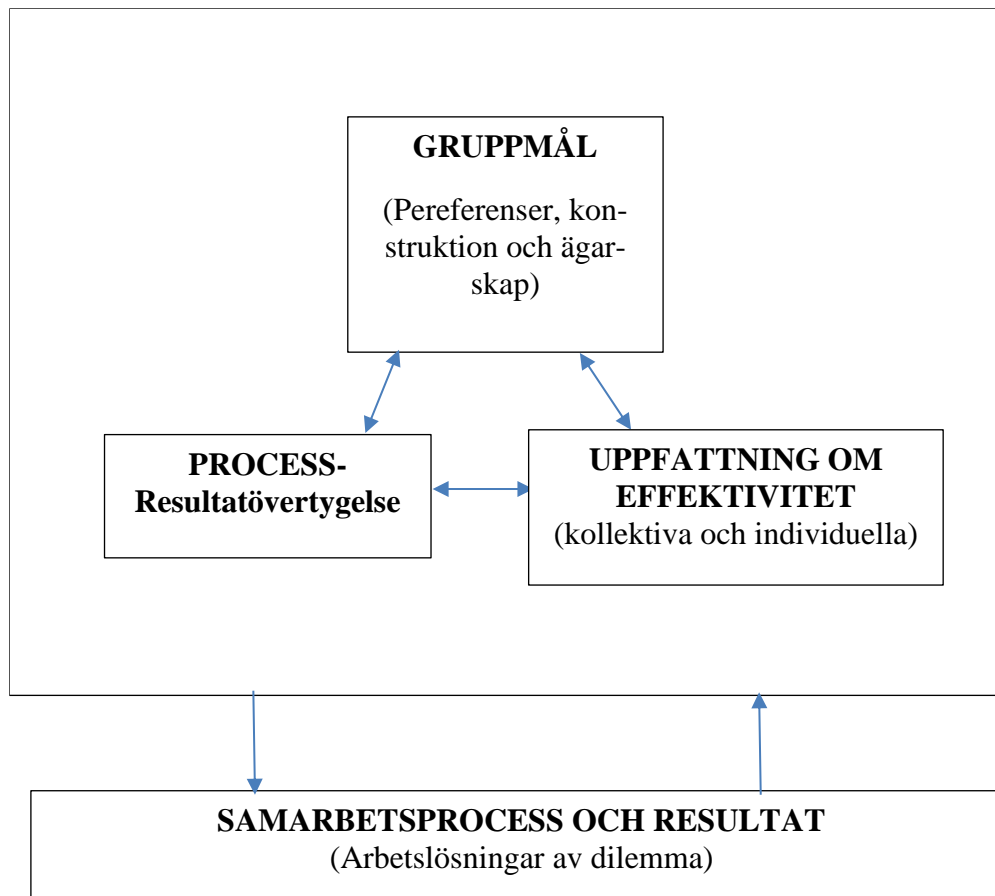
4.1.4 Kontrolldilemma inom MPS

När professionella från olika discipliner möts kan de bära med sig motsägelsefulla praktiska modeller och använda olika orsaksmodeller för att analysera fall och olika versioner av kunskap. Detta kan resultera i ett kontrolldilemma, där ett perspektiv prioriteras framför ett annat, och yrkeprofessionella kan känna sig undervärderade eller ignorerade och det kan även förvirra brukaren. Olika myndigheter kan prioritera olika och ha olika tillvägagångssätt, såväl som olika strukturer och arbetsvillkor. I huvudsak handlar alltså kontrolldilemman om professionellas meningsskiljaktigheter i samarbetsprocesser för beslutsfattande.

Figur 3 tillämpar modellen för samarbetande motivationsprocesser (kollektivt engagemang för grupp mål, kollektiv effektivitet, process- och resultatövertygelser, som i figur 2) typer av spänningar och dilemman kring roll, identitet och kontroll och deras lösning, som diskuterats ovan. Figur 3 visar hur de antagna motivationsprocesserna fungerar i samband med bearbetningen av dessa spänningar och lösandet av dessa dilemman. Denna modell visar därför hur utarbetandet av spänningar och dilemman påverkar samverkansåtgärder och resultat och förmedlas av dessa motivationsprocesser. På detta sätt representerar samarbetsresultat den fungerande lösningen av dessa roll-, identitets- och kontrolldilemman. Så när yrkesverksamma accepterar och arbetar med de framväxande spänningarna, antas det att resolutioner är förankrade i, och återkopplas i, utvecklingen av kollektivt engagemang, övertygelser om processresultat och övertygelser om effektivitet som utgör motivationsprocesserna. (Rose & Norwich 2014 s. 69)

Spänningar inom gruppen om *identitet, roll* och *kontroll* som leder till **dilemman och deras lösningar**

Initiera och upprätthålla motivationsprocesser



Figur 3. Sambandet mellan spänningar i grupper och lösning av dilemman i samarbetande teamprocesser. (Rose & Norwich 2014 s. 70)

Denna modell sammanför idéerna om kollektivt engagemang, kollektiv effektivitet, process- och resultatövertygelser samt idéer om spänningar och dilemman inom gruppfunktion som involverar flera instanser. Modellen tar fasta på motivationsprocesser inom sociala processer och faktorer som är relevanta för samarbete organisationer emellan och samarbete bland yrkesprofessionella. Modellen visualiserar det sociala sammanhanget och möjliggör att undersöka spänningar och dilemman i en grupp, för att

uppnå kollektivt engagemang, kollektiv effektivitet och kollektiva övertygelser så att arbetet kan leda till konstruktiva resultat. Modellen hjälper också att klargöra att samarbetsresultat, motivationsprocesser, gruppspänningar och dilemman utgör en tvåvägsrelation och dessa processer och resultat påverkar också hur professionella tolkar och svarar på multiprofessionella dilemman och återspeglar hur motivation och samarbetsprocesser utvecklas. För att uppnå en fungerande nivå av samarbetsprocesser, som involverar kollektivt engagemang, kollektiv effektivitet och övertygelser om processresultat, skulle det kräva att individerna i en grupp vore beredda att acceptera dilemman och vara beredda att lösa dessa dilemman och spänningarna. Denna modell kan användas som analysredskap för att belysa de väsentliga processerna för att utveckla gemensamma konceptualiseringar. (Rose & Norwich 2014 s. 71–72)

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med detta masterarbete var att identifiera de faktorer som inverkar på det multiprofessionella samarbetet vid Familjecentret i Borgå.

Forskningsfrågorna var följande:

1. Vilken typ av samarbete förekommer?
2. Vilka faktorer bidrar till att multiprofessionellt samarbete fungerar? Hur kan man främja dessa faktorer?
3. Vilka faktorer hindrar multiprofessionellt samarbete? På vilket sätt kan dessa hinder förbättras eller lösas?

6 METOD

Masterarbetet genomfördes som en tvärsnittsstudie med enkät som datainsamlingsmetod. Enkätstudien gjordes för att få mätbar data om relationer mellan fakta, samt kvantifierbara och generaliserbara resultat om det övergripande multiprofessionella samarbetets situation (Björkqvist 2012 s. 25–29; Kananen 2010 s. 81–90, 140) på Familjecentret i Borgå. Extensiv forskning gör det oftast möjligt att kartlägga den befintliga situationen, men det går inte att ta reda på orsakerna (Heikkilä 2014 s. 15).

Hirsjärvi et al. (2009) rekommenderar att en nybörjande forskare väljer den metod hen är mest säker på. Frågeformulär som undersökningsmetod kan spara forskaren tid och materialet kan analyseras med hjälp av datorprogram. Förberedande åtgärder av frågeformulär kan vara tidskrävande. (Heikkilä 2014 s. 15, 45–48; Hirsjärvi et al. 2009 s. 135–140)

6.1 Datainsamling

Informationen samlades in med hjälp av en kvantitativ enkätstudie. Enkäten bestod av 35 färdigt fastställda frågor som berörde samarbete mellan yrkesprofessionella på organisatorisk-, grupp-, och individnivå (bilaga 3).

Trettio två (32) frågor hade slutna svarsalternativ och tre frågor hade öppna svarsalternativ. De slutna svarsalternativen bestod av flervalsalternativ och gav respondenten möjlighet att välja det alternativ på skalan som bäst motsvarar hens förståelse. De öppna frågorna gav möjlighet för respondenten att säga vad hen verkligen tycker om det som undersöks. (Heikkilä 2014 s. 46–47; Hirsjärvi et al. 2009 s.139–142)

Frågeformuläret utarbetades utifrån studiens teoretiska modell och tidigare studier (bilaga 3). Frågeformuläret var indelat i fyra olika delar:

1. Bakgrundsinformation (fråga nr. 1, 2)
2. Frågor som berör individnivå (fråga nr. 3–12)
3. Frågor som berör organisationen och ledningen (fråga nr. 13–19)
4. Samarbete i grupp (fråga nr. 20–35)

Enkla frågor ställdes i början av frågeformuläret i ett försök att väcka respondentens intresse för studien och det har ägnats uppmärksamhet åt formuleringen av frågeställningarna.

Enkäten utarbetas och skickades via SurveyMonkey-tjänsten (SurveyMonkey 2021). Detta för att underlätta insamling och bearbetning av data, samt säkra anonymitet. Enkäten skickades först till familjecenterverksamhetens kontaktperson. Kontaktpersonen var servicedirektör för tjänster för tidigt stöd i Borgå stad. Till kontaktpersonen skickades ett elektroniskt följebrev (bilaga 2), via e-post, med information om studien, samt länken till enkäten. Därefter skickade kontaktpersonen e-post med ett elektroniskt följebrev

(bilaga 1) och länken till enkäten, till samtliga respondenter. Följebrevet informerade om undersökningens syfte, konfidentialitet, urval och enkäten. Deltagande i studien var frivilligt. Genom länken kom man till frågeformuläret.

Datainsamlingen började efter att studien fick godkänt forskningstillstånd från Borgå stad. Efter att följbrevet och länken skickats via e-post till respondenterna, hade de 14 dagar tid att svara på enkäten. Efter 10 dagar skickades ett meddelande via e-post som vänligt påminde om att svarstiden höll på att ta slut. Servicedirektören skickade ut e-posten fyra gånger. Svar samlades in under tiden 25.1-5.4.2022. Slutligen svarade 32 (n=32) personer på enkäten.

Enligt Hirsjärvi et al. (2009) kan förtestning öka frågeformulärets funktionalitet och innan den egentliga insamlingen av data kan ytterligare ändringar göras. Frågeformuläret skickas som förtestning till familjecenterverksamhetens kontaktperson och till en hälsovårdare och två fysioterapeuter utanför den valda organisationen.

6.2 Urval

Utgångspunkten i masterarbetet var de professionellas perspektiv. Undersökningsenheterna var de professionella på Familjecentret i Borgå (N=64). Dessa yrkespersoner, de yrkesprofessionella, arbetade nära klienter och familjer och de ingick därmed i det multiprofessionella samarbetet kring klienten/familjen och samarbetade även med andra organisationer. Inklusionskriterier var yrkesprofessionella på Familjecentret i Borgå som arbetade i kontakt med klienter/familjer, och/eller andra organisationer samt samarbetade med de övriga på familjecentret. Exklusionskriterier var personer som inte samarbetade med de yrkesprofessionella och/eller klienter/familjer, och/eller andra organisationer. Informanterna var utvalda eftersom de var anställda på Familjecentret i Borgå och innefattade socialarbetare, socionomer, psykolog, hälsovårdare, närvårdare, läkare, sjukskötare, tradenomer och byråsekreterare.

6.3 Bearbetning och analys

Resultaten analyserades. De kvantitativa resultaten analyserades deskriptivt med antal och procent. Resultaten visualiserades i figurer och tabeller. SurveyMonkey-tjänsten

användes till att samla in data, räkna ut den procentuella fördelningen samt antal. De öppna svaren analyserades kvalitativt med hjälp av innehållsanalys, för att få en sammanfattad beskrivning och lyfta fram kärninnehållet. De kvalitativa svaren klipptes och klistrades och kategoriserades. Den insamlade datan analyserades för att ge en helhets-syn på hur personalen vid Familjecentret i Borgå upplevde det multiprofessionella samarbetet. Resultatet av studien kategoriserades med den teoretiska referensramen för att få en struktur på vilka faktorer som inverkar på MPS.

6.4 Etiska aspekter

Vid val av forskningsämne övervägdes det, på vems villkor forskningen bedrevs (Karjalainen et al. 2002). Under masterarbetet äventyrades ingens integritet. Forskaren gjorde etiska val under hela forskningen: då forskningsobjekt närmades, vid sammanföring av slutsatser och vid forskningsresultatets presentation. Forskaren har varit så objektiv som möjligt vid tolkning av material under hela studien. (Karjalainen et al. 2002; Leino-Kilpi et al. 2003)

Vetenskaplig forskning kan vara etiskt godtagbar och tillförlitlig och dess resultat trovärdiga enbart om forskningen följer god vetenskaplig praxis (Forskningsetiska delegationen 2012 s.18). De grundläggande etiska kraven som undersökningen ska försöka uppnå är informerat samtycke, krav på skydd av privatliv och krav på att bli korrekt återgiven (Jacobsen 2012 s. 32). Undersökningen och allt material har anonymiserats, även ip-adresser. Undersökningen fyller de tre grundprinciperna: informerat samtycke, krav på skydd av privatliv och krav på att bli korrekt återgiven (Jacobsen 2012 s. 32–34). I följebrevet (bilaga 1) som skickades ut till deltagarna informerades det om studien och klargjordes att medverkande i enkätstudien var frivilligt, anonymt och konfidentiellt. All information från studien behandlades och förvarades säkert, det digitala materialet förvarades på en skyddad webbtjänst.

Forskningslov begärdes från Borgå stad. Citat från de öppna frågorna framfördes så att respondenten inte kunde identifieras. I följebrevet meddelades forskarens kontaktuppgifter och tilläggsinformation om masterarbetet kunde fås vid behov.

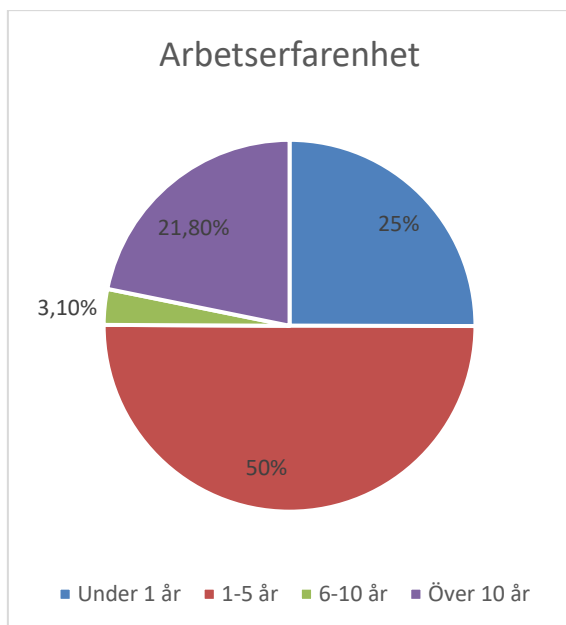
Vid analys av forskningsmaterialet bör all insamlad data tas i beaktande och analysen skall genomföras noggrant. Enligt Leino-Kilpi et al. (2003) är det inte godtagbart att utelämna analys av svar på en eller fler frågor.

Vid rapportering av forskningsresultat kan etiska felkällor uppstå som kan orsakas av författarens snedvridna fördomar, avsiktlig förfalskning av undersökningssvar eller felaktig rapportering och publicering av forskningsresultaten. Författaren bör vara medveten om sina fördomar och attityder och sträva efter att de inte påverka forskningen. Forskaren skall hitta tillförlitligt material, litteratur och publikationer för att kunna lösa problem relaterade till det egna arbetet. (Leino-Kilpi et al. 2003)

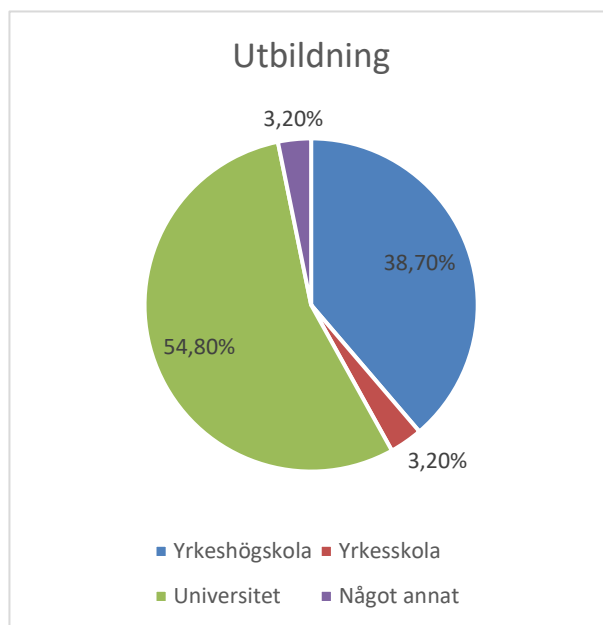
Masterarbetet strävade efter att innehålla nya studier om forskningsämnet, så att informationen var aktuell. Författaren var bekant med multiprofessionellt samarbete och familjecenter som fenomen, så studierna lästes kritiskt. Masterarbetet har följt god vetenskaplig praxis för att forskningen skulle vara etisk godtagbar, tillförlitlig och resultatet trovärdigt (Forskningsetiska delegationen 2012 s. 18).

7 RESULTAT

Inalles svarade 32 personer på enkäten (50%). Hälften av respondenterna hade arbetat på familjecentret i 1–5 år, en fjärdedel hade arbetat under ett år. Resten av respondenterna hade jobbat på familjecentret i över 10 år, respektive i 6–10 år. Arbetserfarenhetsfördelningen kan ses i figur 4. Personalen hade utbildat sig i yrkesskolor, yrkeshögskolor, universitet och en informant hade någon annan skolningsbakgrund, uppdelningen presenteras i figur 5.



Figur 4. Arbetserfarenhet i procent (N=32) vid Familjecentret.



Figur 5. Utbildningsfördelning i procent (N=32).

7.1 Individnivå

Majoriteten av respondenterna kände sig motiverade att samarbeta samt tog ansvar, mycket ofta eller ganska ofta, vid samarbete med andra yrkesprofessionella. Endast en respondent svarade att hen ganska sällan tog ansvar vid samarbete. Tabell 1 visualiserar procentuell fördelning av motivation och ansvarstagande vid samarbete.

Tabell 1. Procentuell fördelning av motivation och ansvarstagande vid samarbete med andra yrkesprofessionella

N=32	Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan
Motivation att samarbeta	78,2	21,8	-	-
Tar ansvar vid samarbete	65,5	31,2	3,1	-

Respondenterna uttryckte också att de i stor utsträckning upplevde att de hade erfarenhet av att samarbeta med andra yrkesprofessionella samt att de hade färdigheter att samarbeta med andra yrkesprofessionella på arbetsplatsen. En anställd svarade att hen inte instämde och en respondent svarade att hen inte alls instämde i att ha erfarenhet i att samarbeta med andra yrkesprofessionella. Fördelningen presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Fördelning i procent av erfarenhet och färdigheter i att samarbeta med andra yrkesprofessionella

N=32	Instämde helt	Instämde	Instämde inte	Instämde inte alls
Erfarenhet av samarbete	71,9	21,9	3,1	3,1
Färdigheter att samarbeta	65,6	34,4	-	-

Svarsprocenten för upplevd nöjdhet av status och yrkesroll på arbetsplatsen, samt upplevelsen av att yrkesexpertisen motsvarar arbetsuppgifterna var hög. Endast en respondent upplevde ganska sällan att yrkesexpertisen motsvarade arbetsuppgifterna. Svarsfördelningen ses i tabell 3.

Tabell 3. Fördelning i procent av upplevelsen av status och yrkesroll, samt upplevelsen av hur yrkesexpertisen motsvarar arbetsuppgifterna

N=32	Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan
Nöjd med sin status	59,4	40,6	-	-
Yrkesexpertis motsvarar arbetsuppgifterna	62,5	34,4	3,1	-
Nöjd med sin yrkesroll	56,3	43,7	-	-

De anställda besvarade hur bra de kände till sina kollegors ansvarsområden med skalan känner inte, känner dåligt, känner bra och känner mycket bra. Över 50% av respondenterna kände bra eller mycket bra till sina kollegors ansvarsområden. Svaren var splittade och $\geq 9,4\%$ ansåg att de kände dåligt eller kände inte till sina kollegors arbetsområden. Förutom den egna förmännens uppgifter, kände endast en respondent dåligt. Framträdande var dock att fyra respondenter uttryckte att de inte kände till närvårdarens arbetsuppgifter, samt tre respondenter kände inte till läkarens. Fördelningen ses i tabell 4.

Tabell 4. Procentuellt visualiserat hur bra Familjecentrets personal kände till de olika yrkesgruppernas ansvarsområden

N=32	Mycket bra	Bra	Dåligt	Känner inte
Hälsovårdare	25,0	53,1	15,6	6,3
Närvårdare	6,5	45,1	35,5	12,9
Sjukskötare	9,7	58,0	25,8	6,5
Läkare	15,6	46,9	28,1	9,4
Psykolog	12,9	64,6	19,4	3,1
Socialarbetare	56,2	34,4	9,4	-
Socionom	50,0	31,3	15,6	3,1
Byråsekreterare	18,8	53,1	28,1	-
Egen förman	40,6	56,3	3,1%	-

Respondenterna yttrade sig, på vilket sätt de samarbetade med andra yrkesprofessionella på sin arbetsplats. 12% (n=4) passerade frågan och 87,6% (n=28) besvarade frågan. Samtliga svarade någon form av diskussion med hjälp av elektronik eller via samtal ansikte mot ansikte.

”Genom att diskutera ansikte mot ansikte, telefon och e-post.” (r1)

”Kontakt via teams, telefon, mail, personlig kontakt arbetsgrupper.” (r15)

Möten samt konsultation användes även av majoriteten av respondenterna. Möten och träffar ordnades huvudsakligen på arbetsplatsen, men också i skolor och på hembesök. Möten och diskussion användes främst till konsultation, klientarbete och planering av tjänster. Med hjälp av träffar och konsultation kunde man fråga råd, dela information, skicka klienten vidare till en kollega eller samarbetspartner, samt utnyttja andras expertis för att få en bredare kunskap om en situation. Genom diskussion kunde man utveckla samarbetet på Familjecentret samt tjänster för familjer.

”Diskuterar, delar information och frågar råd gällande gemensamma kunder samt håller samarbetsmöten med våra kunder.” (r6)

”Konsulterar och utnyttjar andra professionellas expertis för att få ett bredare perspektiv för att ta ställning till vad som är ändamålsenliga åtgärder i en klients situation.” (r8)

”Möten där man diskuterar en klients angelägenheter, arbetsplatsmöten där man diskuterar arbetsplatsens angelägenheter, rådfrågar mm.” (r13)

Respondenterna fick även uttrycka vad karaktäriserar bra samt mindre bra samarbete vid Familjecentret. Bra samarbete upplevdes då informationsflödet löpte och det fanns utrymme och tid för fri diskussion. Ett fungerande samarbete upplevdes även då det fanns tid till att uträtta ärenden med andra yrkesprofessionella som arbetade med en familj, de var medvetna om varandra, vilka deras ansvarsområden var och höll kontakt med varandra. Flexibilitet och samarbetsvilja, samarbete över gränserna och känslan av att lätt få kontakt med kollegor uttryckte också bra samarbete vid Familjecentret. Hjälp-samhet och "alltid redo" känsla och nära till hands kolleger, samt tillit och respekt för varandra karaktäriserade gott samarbete. Öppenhet, lära sig av varandra och arbete tillsammans mot ett gemensamt mål ansågs främjande för samarbete. Då möjligheten för att samarbeta var inbyggt i arbetstiden fungerade det bättre. Det ansågs också vara viktigt att personalen trivdes bra tillsammans, var sakkunniga, höll löften och utsatta tidtabeller.

"Bra samarbete är bla det att alla som jobbar med familjen är medvetna om varandra och vet vad alla är ansvariga för och håller kontakt. Mindre bra är då olika yrkesgrupper inte samarbetar utan jobbar på varandra och använder onödiga resurser." (r5)

"Flexibilitet samt samarbetsvilja för att nå bästa möjliga service för kunden. Dåligt samarbete innefattar att det inte kan reflekteras kring olika synvinklar utan olika "motiveringar" upplevs som kritik ifall det strider mot den egna åsikten." (r7)

Mindre bra samarbete upplevdes då det inte fanns tid för samarbete. Då ingen tog ansvar för arbetsuppgifter eller man jobbade på varandra, eller då någon inte höll samma linje upplevdes som försämrande av samarbetet. Även baktal, rädsla att ta kontakt, att bli bortglömd som yrkesprofessionell och inga gemensamma möten, ansågs hämma samarbetet. Det poängterades också, att för att samarbete skall fungera bra behöver båda eller samtliga parter samarbeta, det räcker inte med att en part försöker samarbeta. En för stor enhet ansågs även göra det svårare att samarbeta samt platsbrist för sammanträffar minskade samarbetet på Familjecentret. Frågan besvarades av 27 respondenter och passerades av fem.

Kommunikationsmedel, -form, och -innehåll samt samarbetsaktörer har visualiserats i tabell 5 för att tydliggöra samarbete som förekom på Familjecentret enligt respondenterna.

Tabell 5. Kommunikationsmedel, -form och -innehåll för samarbete som förekommer vid Familjecentret samt samarbetsaktörer

Medel (N=32)	Form (N=28)	Innehåll (N=28)	Samarbetsaktörer (N=32)
-Ansikte mot ansikte (35%) -Teams (19%) -Telefon (16%) -E-post (23%) Patientprogram (5%) -Post (2%)	-Möten och klientmöten -Pararbete -Arbete med många olika professionella -Arbetsgrupper -På arbetsplatsen -Hembesök -Teams	-Diskussion -Konsultation -Dela information -Skicka klienten vidare -Fråga råd -Utnyttja andras expertis -Få bredare kunskap om en situation -Utveckling av samarbete -Utveckling av tjänster för familjer -Planering av tjänster	-Barnskyddet -Familjerådgivning -Missbrukarkliniken/låga tröskeln för unga -Daghem -Skolor (lärare, rektor och annan personal) -Rådgivningens personal (hälsovårdare och läkare) -Socialarbetare -Familjehandledare -Servicekoordinator -Ergo-, fysio- och talterapeut

7.2 Organisation och ledning

Sju frågor i enkäten berörde organisationen och ledningen. Fördelningen av svaren var splittrade då respondenterna svarade hur de upplevde att de har tid för att samarbeta med andra yrkesprofessionella. En fjärdedel av informanterna upplevde att det fanns dåligt med tid för att samarbeta. Nästan hälften av respondenterna besvarade att de fått dåligt eller inte alls skolning i att samarbeta med kolleger. Svarsfördelningen visas i tabell 6.

Tabell 6. Visualisering i procent hur respondenterna upplevde att de har tid att samarbeta med andra samt hur bra de upplevde att de fått skolning i att samarbeta med andra yrkesprofessionella

N=32	Utmärkt	Bra	Dåligt	Inte alls
Tid för samarbete	3,1	71,9	25	-
Skolning i att samarbeta	3,1	50,0	40,6	6,3

Informanterna svarade om Familjecentret hade modeller för hur man skall samarbeta med andra yrkesprofessionella, om det fanns utrymmen på arbetsplatsen där man kunde möta och diskutera ärenden med andra yrkesprofessionella, samt om det fanns ett gemensamt dokumentationssystem. Frågorna delade åsikter och över hälften svarade att det inte/inte alls instämde att det fanns modeller för samarbete. Majoriteten av respondenterna instämde/instämde helt att det fanns utrymmen att samarbeta i, medan lite över hälften av informanterna uppgav att de instämde att de fanns ett gemensamt dokumentationssystem. Av respondenterna tyckte knappt hälften att det inte fanns ett gemensamt dokumentationssystem. Fördelningen presenteras i tabell 7.

Tabell 7. Procentuell fördelning för om det fanns modeller och utrymme för samarbete, samt om det fanns ett gemensamt dokumentationssystem

N=32	Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls
Modell för samarbete	-	46,9	50,0	3,1
Utrymme för samarbete	12,5	71,9	12,5	3,1
Gemensamt dokumentationssystem	-	53,1	43,8	3,1

Två frågor berörde ledningen. Frågorna besvarades på en skala med fyra alternativ från instämmer inte alls till instämmer helt. De anställda skulle även svara på om ledningen vid Familjecentret stödde samarbete mellan yrkesprofessionella. Majoriteten uttryckte att ledningen i någon grad gav möjlighet och understödde samarbete yrkesprofessionella emellan. En respondent upplevde att det inte gavs möjlighet att samarbeta och en upplevde att hen inte fick stöd för att samarbeta. Fördelningen visas i tabell 8.

Tabell 8. Procentuell fördelning av upplevelsen av stöd och möjlighet av ledningen för samarbete

N=32	Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls
Möjlighet för samarbete	37,5	59,4	3,1	-
Stöd för att samarbeta	34,4	62,5	3,1	-

7.3 Samarbete i grupp

Femton frågor tangerade samarbete i grupp vid Familjecentret. Majoriteten av respondenterna upplevde att de fick stöd av andra, upplevde samhörighet och att det fanns respekt yrkesgrupper emellan samt att de hade förtroende för varandra. Fördelningen presenteras i tabell 9.

Tabell 9. Procentuell fördelning av upplevt stöd, samhörighet, respekt och förtroende yrkesgrupper emellan

N=32	Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
Stöd av andra yrkesprofessionella	21,9	68,7	6,3	3,1
Upplevd samhörighet	12,5	75,0	12,5	-
Upplevd respekt yrkesgrupper emellan	21,9	75,0	3,1	-
Förtroende mellan yrkesgrupperna	21,9	78,1	-	-

Största delen av respondenterna var nöjda med jämlikheten och maktfördelningen yrkesprofessionella emellan vid Familjecentret och uppdelningen ses i tabell 10.

Tabell 10. Procentuell fördelning av respondenternas nöjdhet med jämlikhet och maktfördelningen på Familjecentret

N=32	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
Nöjd med jämlikhet yrkesprofessionella emellan	21,9	65,6	9,4	3,1
Nöjd med maktfördelningen	6,3	81,2	9,4	3,1

Respondenterna hade delad mening om deras möjlighet att påverka på arbetsplatsen. Nästan hälften av de anställda upplevde att de hade ganska liten eller mycket liten möjlighet att påverka vid arbetsplatsen. Presenteras i tabell 11.

Tabell 11. Fördelning procentuellt hur respondenterna upplever att de har möjlighet att påverka vid sin arbetsplats

N=32	Mycket stor	Ganska stor	Ganska liten	Mycket liten
Möjlighet att påverka	3,1	50,0	43,8	3,1

I tabell 12 framkommer det hur ofta respondenterna fattade gemensamma beslut, gjorde gemensamma målsättningar om klienter med andra yrkesprofessionella samt hade avtalade möten för att behandla gemensamma klienters ärenden. Samtliga svarade att de i alla fall sällan eller oftare arbetade gemensamt angående dessa punkter. Varje vecka och månatligen fick största svarsprocenten. Mest sällan gjorde de anställda gemensamma målsättningar för klienten yrkesprofessionella emellan.

Tabell 12. Visualiserar procentuellt hur ofta respondenterna fattade beslut tillsammans om en klient, gjorde gemensamma målsättningar för klienter med andra yrkesprofessionella samt hade avtalade möten för att behandla gemensamma klienters ärenden med kollegor

	Dagligen	Varje vecka	Månatligen	Sällan	Aldrig
Fatta beslut gemensamt med en annan yrkesprofessionell (N=31)	9,7	38,7	38,7	12,9	-
Gör gemensamma målsättningar med andra yrkesprofessionella (N=32)	3,1	25,0	43,8	28,1	-
Avtalade möten för att behandla gemensamma klienters ärenden (N=32)	9,4	37,5	31,2	21,9	-

Gemensam verksamhetskultur, språk och terminologi delade åsikter mellan respondenterna. Majoriteten av informanterna instämde eller instämde helt att det fanns en gemensam verksamhetskultur, ett gemensamt språk och terminologi vid Familjecentret. Nästan en fjärde del av respondenterna instämde inte att det fanns en gemensam verksamhetskultur. Svarsfördelningen ses i tabell 13.

Tabell 13. Känslan av att det fanns en gemensam verksamhetskultur och att de anställda hade ett gemensamt språk, samt gemensam terminologi yrkesprofessionella emellan procentuellt

N=32	Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls
Gemensam verksamhetskultur	6,2	71,9	21,9	-
Gemensamt språk	3,1	81,3	15,6	-
Gemensam terminologi	-	87,5	12,5	-

Sista frågorna behandlade faktorer som förhindrade och främjade samarbete vid Familjecentret i Borgå. Frågorna var öppna och besvarades av 24 respondenter och passerades av åtta (8). Största hindret för samarbete var tidsbrist och brådska. Tidsbrist uttrycktes också i form av att ha svårt att hitta gemensamma tider med kolleger och/eller klienter. För stor arbetsmängd visade sig också vara ett stort hinder för samarbete. Bristande kunskap och ovisshet om varandras ansvarsområden och kommunikationsbrist steg också fram ur svaren. Även utrymmesbrist samt frånvaro, personalomsättning, deltids- och distansarbete var faktorer som inverkade negativt på samarbetet. Olika klientprogram och skilda lagar för social- och hälsovårdstjänsterna uppgavs som faktorer som hindrade flytande samarbete. Enstaka respondenter uppgav också att faktorer som jävighet, ålderism, nedsatt förtroende och respekt, samt yrkesgruppernas tendens att bara umgås med varandra inverkade negativt på samarbetet vid Familjecentret.

”Stor arbetsmängd, brist på tid, olika yrkesgrupper har en tendens att umgås i sina egna grupper” (r5)

”För mycke jobb, svårt att hitta gemensamma tider pga av allas arbetsmängd” (r11)

”Brådska, svårt att förstå andra yrkesgruppers arbete, utrymmen, korona” (r16)

”Brådska- jävighet- bristande kunskap om andra yrkesprofessionellas uppgifter/kunskaper” (r20)

Tid för att samarbeta steg mest upp som den samarbetsfrämjande faktor enligt respondenterna. Även att arbeta fysiskt i samma utrymmen till exempel under samma tak, i samma gång, ansågs som en viktig omständighet för samarbete, samt att det fanns utrymmen där man kunde träffas ansikte mot ansikte och arbeta tillsammans i. Inplaneerade och regelbundna gemensamma möten efterlystes för att förbättra samarbetet. Även bra kommunikation ansågs vara en främjande faktor för samarbete. Att känna till varandras arbetsuppgifter och känna varandra steg även här upp som ett viktigt samarbetsfrämjande element. Också öppenhet, engagemang, intresse och likvärdiga arbetare steg fram som positivt inverkande faktorer.

”Kollegor som tar tag i saker och är intresserade av att lösa problem. Bra kommunikation dvs möjlighet att mötas och diskutera. Tid för att samarbeta” (r1)

”Regelbunden kontakt mellan de anställda. Reserverad tid för gemensamma möten. En positiv stämning bland de anställda” (r13)

”Tutut työntekijät, teams ja muut yhteydenpitovälineet, tuntee muiden työnkuvat” (r17)

”Då man jobbar för samma mål Då man lyssnar på varandra Då man stöder och uppmuntrar varandra”
(r18)

Svarspersonernas främmande och hämmande faktorer för samarbete har sammanställts i tabell 14 för att tydliggöra vilka faktorer inverkar på MPS vid Familjecentret. Hämande och främjande faktorer är kategoriserade enligt Rose & Norwich teoretiska modell; i nationell-, organisations och lednings-, grupp- och individnivå.

Tabell 14. Översikt av Familjecentrets respondenter främjande och hämmande faktorer för MPS

Nivå	Främjande faktorer	Hämmande faktorer
Nationell nivå		<ul style="list-style-type: none"> -Skilda lagar för dokumentation -Lagstiftningen hindrar att uppgifter delas
Organisations- och ledningsnivå	<ul style="list-style-type: none"> -Tillräckligt med tid för arbete -Inbyggda strukturer för samarbete -Tydliga nätverk för samarbete -Kunskap om varandras ansvarsområden/arbetsuppgifter -Yrkeskunnig personal -Bekanta kollegor -Lära känna varandra -Gemensamma utrymmen -Gemensamma möten och utvecklingsdagar -Möjlighet att träffas/mötas -Att ha många olika yrkesprofessionella undersamma tak underlättar att med låg tröskel ta kontakt - Återgå till arbetsplatsen -Teams -Mindre stress -Ledighet -”Ett ansikte” på den professionella -Likvärdiga arbetare -Nöjd personal 	<ul style="list-style-type: none"> -Skilda patientprogram för social- och hälsovårdspersonalen -Dåligt patientprogram -Utrymmesbrist -Lång kö för service -Brådska -Tidsbrist -För stor enhet -Stor arbetsmängd -Fullbokade kalendrar/ svårt att hitta gemensamma tider med kollegor/klienter -Jobbar på varandra, onödigt förbruk av resurser -Distansarbete -Deltidsarbete -Distans mellan arbetarna -Bristande kunskap om andra yrkesprofessionellas uppgifter/kunskaper -Personalombyte -Frånvaro -Svårt att förstå andra yrkesgruppers arbete -Oklar ansvarsfördelning
Gruppnivå	<ul style="list-style-type: none"> -Ansvarstagande -Planerande av samarbete -”Genomskinlighet” i arbetet -Gemensamma mål -Regelbunden kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> -Okänd personal -Kommunikationsbrist -Enkelriktat samarbete -Ingen tar ansvar -Yrkesgrupper har en tendens att umgås i sina egna grupper -Bli bortglömd från möten/träffar

Individnivå

- Lätt att kontakta
- Öppen kommunikation
- Lyhördhet
- Respekt
- Att ta varandras oro på allvar
- Dela information
- Hålla löften och tidtabeller
- Kollegor nära till hands
- Kritiskt ifrågasättande
- Hjälpssamhet
- Ingen lämnas ensam
- Flexibilitet
- Samarbetsvilja
- Intresse att lösa problem
- Engagerade arbetskamrater
- Arbetskamrater som är lätta att närma sig
- Låg tröskel för samarbete
- Målmedvetna arbetare
- Arbetsfarenhet
- Gemensamma mål
- Fungerande växelverkan
- Ansvarsfördelning
- Positiv feedback
- Samma värdesättning
- Positiv stämning
- Stöd och uppmuntran av varandra
- Trötthet
- Dåligt initiativ
- Hålla tillbaka information
- Förutfattade meningar
- Baktal
- Rädsla att ta kontakt/konsultera
- Nonchalerande av samarbete
- Svårt att nå varandra
- Ålderism
- Nedsatt förtroende
- Respektlöshet
- Jävighet
- Tar personligt om man ifrågasätter åsikter

8 DISKUSSION

Masterarbetets syfte var att utreda vilka faktorer som hindrade eller främjade samarbete yrkesprofessionella emellan och vilken form av samarbete som förekom vid Familjecentret. Generellt sett förekom det samarbete yrkesprofessionella emellan. Men det fanns hinder, samt främjande och hämmande faktorer för MPS som arbetarna kunde och inte kunde inverka på. Heitamäki et al. (2017 s. 247) och Malja et al. (2019 s. 26) menar att multiprofessionellt samarbete i samband med barnfamiljer är relationsarbete där personer möter varandra i olika institutioner med olika bakgrund och yrkeskunskap. Var och en bemöter familjen med sin egen kompetens, referensram och målsättning. Barn- och familjearbetare har i stort sett vilja att samarbeta med klienter och andra aktörer (Hietamäki et al. 2017 s. 423) och upplever att multiprofessionellt samarbete stöder det egna arbetet och kollegialiteten (Leppäkoski et al. 2017 s. 207).

8.1 Individnivå

På individnivå var respondenterna i hög grad nöjda med sina yrkesroller och status samt de upplevde att de hade färdigheter och erfarenhet av att samarbeta. Avvikande var att de upplevde att de hade bristfällig kunskap om varandras ansvarsområden.

På individnivå berör sig främst om den enskilda individens färdigheter att samarbeta i grupp och andra sociala förmågor. Det menas att personliga färdigheter, förmåga till problemlösning och kritiskt tänkande samt ansvarstagande behövs i samarbete. En av de viktigaste aspekterna är kommunikationsförmåga, i form av att kunna förhandla, lyssna och hantera konflikter. Andra sociala förmågor som krävs är empati, respekt, ärlighet/uppriktighet, samt förtroende. På den individuella nivån handlar det mycket om emotionell intelligens och integritet. Då det uppstår närhet och förtroende mellan yrkespersoner, leder det till att de professionella kan stödja varandra och det blir låg tröskel för att ta kontakt och kommunicera med varandra. (Schot et al. 2020 s. 335 samt Ellis & Sevdalis 2019 s. 499–502). Respondenterna från Familjecentret uttryckte likadant; att främjande faktorer för samarbete var bl.a. respekt och förtroende för varandra, att stöda varandra, med låg tröskel kunna kontakta varandra samt att vara lätta att kontakta.

I en arbetsmiljö med flera yrkesprofessionella är det viktigt att vara medveten om och känna till den egna arbetsuppgiftens ansvar och befogenheter samt att vara intresserad och uppskatta de vad de andra verksamma gör (Arújo et al. 2021 s. 8–9). Tydliga arbetsroller klargör gränser och ansvarsområden (Raitakari et al 2019 s. 78). Dessa aspekter efterlyste även Familjecentrets respondenter; tydliga arbetsroller och ansvarsområden. En del av Familjecentrets arbetare upplevde att de inte kände till varandras ansvarsområden. Aktörer som arbetar med barnfamiljer bör känna till arbetet och arbetssättet samt uppskatta varandras yrkesexpertis (Cooper-Duffy & Eakerb 2017 s. 191). Att lära känna varandra och ha kännedom om varandras yrkeskunskap ökar kontakten mellan arbetare (Hietamäki et al. 2017 s. 420). Familjecentrets respondenter uppgav också att det främjar samarbetet då man känner varandra bättre. I en fungerande multiprofessionell arbetsgemenskap delar arbetarna mera information med varandra och då finns det möjlighet att det kan utvecklas ett gemensamt arbetssätt (Hietamäki et al. 2017 s. 419).

Hazrati et al. (2021 s. 9) påpekar att det inom den multiprofessionella gruppen skall finnas jämställdhet i status och ansvar, för att öka gruppmedlemmarnas trygghet i sin kompetens och auktoritet. Familjecentrets personal var i hög grad nöjda med sin status på arbetsplatsen och upplevde att de mycket ofta eller ofta tog ansvar vid samarbete.

Anställda uppger att ansvarstagande i kundprocesser bidrar till smidigt multiprofessionellt samarbete (Raitakari et al. 2019 s. 83). Även aktivt samarbete och gemensamma mål för klienterna främjar MPS och det anses viktigt att både anställda och klienten binder sig till de gemensamma uppsatta målen (Leppäkoski et al. 2017 s. 206). Familjecentrets personal svarade att 70% av respondenterna gjorde gemensamma målsättningar tillsammans med kollegor endast månatligen eller sällan.

8.2 Gruppnivå

Familjecentrets personal upplevde att gemensamma mål, regelbunden kontakt med varandra, planerande av samarbete samt ansvarstagande, och genomskinligt arbete var faktorer som inverkar positivt på MPS. Medan kommunikationsbrist, okänd personal, enkelriktat samarbete och ansvarslöshet samt tendens att umgås i sina egna grupper var hämmande för MPS. Litteraturen påpekar samma aspekter som Familjecentrets respondenter hämtade fram.

Förtroende och tillit för andra yrkesgrupper kan bidra till en känsla av delat ansvar och framgångsrika resultat, förutsatt att kommunikationssystemet är fungerande och stöder samarbetet. (Rose & Norwich 2014 s. 65) Majoriteten av respondenterna vid Familjecentret upplevde att de fick stöd av varandra, de upplevde samhörighet och att det fanns respekt yrkesgrupper emellan samt att de hade förtroende för varandra. Men informanterna upplevde att det fanns hinder och förbättringsmöjligheter gällande kommunikationen. Faktorer som steg fram av respondenterna som främjade samarbetet var inplanerade möten och schemalagt arbete som underlättade samarbete med kolleger. Även bra kommunikation och kunskap om varandras arbetsuppgifter och ansvarsområden ansågs viktigt för ett fungerande samarbete vid Familjecentret i Borgå.

Huvudfaktorer för att arbetsgrupper skall fungera är: kommunikation, en tydlig roll- och ansvarsfördelning, regelbundna team-möten för att skapa en gemensam kultur med förtroende för varandra, gemensamt beslutsfattande, samordnande av uppgifter och välfungerande informationsflöde. (Sørensen et al. 2018 s. 1; Saint-Pierre et al. 2018 s. 132–133) Majoriteten av Borgås informanter var nöjda med maktfördelningen och jämlikheten yrkesprofessionella emellan. Framträdande var dock att 46,9% ansåg att det inte hade möjlighet att påverka på sin arbetsplats.

Litteraturen påvisar att gemensamma mål är en central faktor i multiprofessionellt arbete. De delade målen måste vara tydliga och engagemang för dessa mål och till processen för gemensamt arbete är avgörande för effektivt samarbete, enda från chefsnivå till leveransnivå. Motivationen att samarbeta över professionella gränser stärks då en profession inte klarar av kraven som krävs för att lösa komplexa problem. I sådana fall kan samtliga parter dra nytta av samarbete. (Rose & Norwich 2014 s. 65)

Enligt Rose & Norwich (2014 s. 71–72) modell om sambandet mellan spänningar i grupper och lösning av dilemman i samarbetande teamprocesser, som kan ses i figur 3, kunde denna modell användas som analysredskap för att belysa de väsentliga processerna för att utveckla gemensamma konceptualiseringar. Men det skulle kräva att de professionella vid Familjecentret i Borgå vore beredda att acceptera dilemman och vara beredda att lösa dessa dilemman och spänningarna.

8.3 Organisations- och ledningsnivå

På organisations- och ledningsnivå uppgav Familjecentrets respondenter splittrat hur ledningen möjliggör samarbete. Tid för att samarbeta delade åsikter, en fjärde del av informanterna menade att det inte fanns tid till att samarbeta. Nästan hälften av personalen vid Familjecentret ansåg att de inte hade fått skolning i att samarbeta och över hälften svarade att det inte fanns modeller för att samarbeta med andra yrkesprofessionella på Familjecentret. Nästan hälften av respondenterna svarade att de inte hade ett gemensamt dokumentationssystem och 15,6% uppgav att det inte fanns utrymmen att samarbeta i. Faktorer som steg fram av informanterna som främjade samarbetet var den fysiska arbetsmiljön, som möjliggjorde samarbete med andra.

Största hindret för samarbete vid Borgås Familjecenter var tidsbrist, brådska och för stor arbetsmängd. Även frånvaro, deltids- och distansarbete, personalomsättning och utrymmesbrist var faktorer som inverkar negativt på samarbetet. Bonfirm et al. (2023 s. 1, 5) lyfter fram att för stor arbetsmängd försämrar samarbete men också kvaliteten på tjänsterna. Även olämplig ledning för personal visar sig ha negativ inverkan på MPS (Bonfirm et al. 2023 s. 6)

Nästan hälften av respondenterna vid Familjecentret i Borgå upplevde att de hade avtalade möten dagligen eller veckovis för att sköta gemensamma klienters ärenden med kollegor. Majoriteten av Familjecentrets personal upplevde att det fanns utrymmen för att träffas i. För att förverkliga teamarbete mellan olika discipliner, betonar Frykman et al. (2014 s. 6) vikten av att det finns möten, träffpunkter för det multiprofessionella teamet för att man skall kunna samarbeta, dela information, lösa problem tillsammans och fatta beslut. Bonfirm et al. (2023 s. 6) menar att personal som upplever att de inte har lämpliga utrymmen att arbeta i känner sig devalverade. Även teamwork-utbildning visar sig förbättra kommunikation och prestationsandan, men också säkerhetskulturen (Dillon et al. 2021 s. 6). Bonfirm et al. (2023 s. 7) rekommenderar att organisationer erbjuder permanenta utbildningar för att främja MPS och säkra kvaliteten på sina tjänster. Familjecentrets personal upplevde också att gemensamma utvecklingsdagar främjade MPS. Lyckade nätverksmöten förbättrar resultat och ökar känslan av att lyckas, samt fördjupar kunskapen om andra yrkesgruppers expertis (Bennetta et al. 2016 s. 234–

236). Anställda efterlyser även gemensam multidisciplinär arbetshandledning (Huikko et al. 2018 s. 1833).

Mer än hälften av Familjecentrets anställda instämde inte att de hade gemensamma modeller för MPS. Bonfirm et al. (2023 s. 6) menar att tydliga modeller för MPS är ett av personalens viktigaste verktyg, för att lyckas med samarbete yrkesprofessionella emellan. Litteraturen påpekar också att det behövs en tillgänglig kontaktperson och en utsedd arbetsgrupp för att skapa gemensamma arbetsmodeller för MPS (Hietamäki et al. 2017 s. 425; Huikko et al. 2018 s. 1830–1833; Tuominen et al. 2019 s. 39). Det anses också vara centralt att ha en utsedd ansvarig kontaktperson vid MPS, så att kundprocesser inte är flera separata åtgärder i olika organisationer (Raitakari et al. 2019 s. 83).

Schot et al. (2020 s. 332) samt Raitakari et al. (2019 s. 93) poängterar att olika utmaningar, som separata IT-system, hindrar emellertid kommunikationen och smidigt samarbete. Nästan hälften av Familjecentrets personal upplevde att delade dokumentationssystem försämrade MPS och att skilda lagar för social- och hälsovårdstjänsterna var hämmande faktor för MPS. Problem som berör informationsflöde och sekretessbestämmelser samt personalombyte bidrar till ökad mängd av informationsavbrott och utredning av klienters vårdbehov (Leppäkoski, Koivuluoma, Perälä & Paavilainen 2017 s. 201). Gemensam terminologi och dokumentation stöder den formella kommunikationen (Weller et al. 2014 s. 150). Majoriteten av Familjecentrets anställda rapporterade att de upplevde att de hade ett gemensamt språk och gemensam terminologi på arbetsplatsen.

Välmående arbetare ökar kontinuitet i arbetet och minskar personalombyte. Faktorer som stöder välbefinnande på arbete är en arbetsgemenskap där arbetarna kan behandla ärenden tillsammans, bra organiserat arbete, utvecklingsmöjlighet, bra ledarskap, lämplig mängd kunder och en fungerande arbetsmiljö. (Malja et al. 2019 s. 26) Det är centralt för yrkesverksamma att tillbringa tid tillsammans, för att skapa förtroendefulla relationer och identifiera problemområden samt skapa fungerande samarbete. (Hazrati et al. 2021 s. 8)

Anställda upplever det utmanande att arbeta nära varandras gränssytor (Hietamäki et al. 2017 s. 424). De yrkeskunniga har behov av att få och ha tillgång till kunskap om vad det systematiska samarbetet innebär och tydliga gemensamma riktlinjer för hur arbetet

utförs konkret i praktiken. (Nordström et al. 2016 s. 14) Arbetarna bör kunna lita på servicesystemet och tillgängliga arbetssätt (Malja et al. 2019 s. 23).

Jacobsen & Thorsvik (2014 s. 269) synliggör vikten av att yrkesverksamma rent fysiskt är placerade på samma ställe, eftersom naturlig kontakt då förekommer dagligen. Utrymmen som möjliggör samarbete i form av ansikte-mot-ansikte och lämpliga utrymmen för personal att mötas och kommunicera kan ha en främjande inverkan på multiprofessionellt samarbete (Anåker et al. 2020 s. 8). Tuominen et al. (2019 s. 319) argumenterar för att lämpliga faciliteter och utrustning som möjliggör multiprofessionellt samarbete. Regelbundna möten där information relaterat till klienternas plan, hälsa och situation delas förbättrar vården och klientsäkerheten (Weller et al. 2014 s. 152). Strukturerade möten är ett effektivt sätt att förbättra lagstrategin och samarbetet, men som många andra åtgärder, kräver mötena ett starkt ledarskap (Rosen et al. 2018 s. 12). Regelbundna och vardagligt bemötande i gemensamma utrymmen uppmuntrar till social interaktion, relationer mellan professioner samt ömsesidig respekt och tillit. Denna naturliga kontakt kan bryta ner många hinder för samverkan. (Williams 2012 s. 556)

8.4 Nationellnivå

Familjecentrets personal i Borgå ansåg att olika klientprogram och skilda lagar för dokumentering för social- och hälsovårdstjänsterna var faktorer som hämmade fungerande samarbete. Litteraturen påvisar det samma, att sekretessbestämmelser hindrar informationsflödet mellan yrkesprofessionella (Leppäkoski, Koivuluoma, Perälä & Paavilainen 2017 s. 201). WHO (2010 s. 31, 34) argumenterar för att införa lagstiftning och regelverk som skulle stöda MPS samt planläggning av en sammanhängande modell för hur MPS planeras och finansieras bäst.

Hazrati et al. (2021 s. 10) resonerar att skolor borde inkludera multiprofessionella miljöer för att förbereda studerande inför arbetslivet. van Diggle et al. (2020 s. 5) menar att planlägga och facilitera MPS i undervisning är utmanande. Men genom att försöka skapa äkta multiprofessionella miljöer kunde man undervisa och öva på multiprofessionellt samarbete i multiprofessionella miljöer. Tidig undervisning och upplevelser av MPS leder till förbättrat ledarskap, samarbete och kommunikation mellan vårdteam och där med ökad patientsäkerhet. (van Diggle et al. 2020 s. 5)

Målet med att utveckla samarbete mellan social- och hälsovårdspersonal är att skapa arbetsgemenskaper som är yrkesmässigt gränsöverskridande. För att lyckas krävs det utbildning över yrkesgränser i form av gruppundervisning (Tuominen et al. 2019 s. 319). Effektivt samarbete främjas med hjälp av tydliga verksamhetsmodeller, gemensamma utbildningar och genom att integrera multiprofessionellt arbetssätt som arbetsideologi samt genom att överskrida sina egna gränser (Hietamäki et al 2017 s. 420). Tuominen et al. (2019 s. 391) menar att familjecenters verksamhetsplan borde innehålla fortbildning, som skulle stöda positiv multiprofessionell interaktion, öka kunskap om varandras expertis och möjliggöra gemensam utveckling. MPS upplevs som en viktig arbetsform, men som fortfarande behöver utvecklas (Inkilä et al. 2016 s. 207).

8.5 Metoddiskussion

I denna studie valdes i huvudsak ett kvantitativt förhållningssätt. Datainsamlingen kompletterades dock med kvalitativa inslag för att ge respondenterna möjlighet att ge mer djuplodande svar på frågeställningen. Det kvantitativa förhållningssättet gav konkreta siffror. Ett kvalitativt förhållningssätt skulle ha gett bättre svar på hur personalen på Familjecentret upplevde samarbetet och på vilket sätt de upplevde att man kunde förbättra samarbetet eller lösa hinder för samarbete. På grund av personalens tidsbrist var det kvalitativa närmningssättet inte tillgängligt.

Insamling av svar gick inte som planerat. Servicedirektören skickade ut e-posten fyra gånger. Svar samlades in under tiden 25.1-5.4.2022. Slutligen svarade 32 personer. Enkäten var en webbenkät och fanns till förfogande endast på svenska. Diskussionen om en tvåspråkig enkät gjordes med kontaktpersonen, men det valdes att det inte fanns behov av en finskspråkig version. Ifall enkäten skulle ha funnits även på finska, kunde svarsprocenten eventuellt varit högre.

Oberoende av forskningsmetod, är det väsentligt att föra diskussion om informationens tillförlitlighet och giltighet (Belle 2005 s. 117–118). Frågorna i enkäten utarbetades från den teoretiska referensramen och tidigare litteratur, och frågorna försökte svara på problemformuleringen och syftet för forskningen. De öppna frågorna gav även respondenten möjlighet att berätta sin åsikt, som kunde innehålla faktorer som forskaren inte tänkt

på. Detta var viktigt att tänka på, eftersom validiteten var och stärks om frågorna svarar på det arbetet skall mäta eller beskriva (Davidson & Patel 2011 s. 67).

Vid utarbetandet av enkäten togs det i beaktande vad frågorna skulle mäta och om frågan beskrev det som skulle mätas. Enkäten utarbetades med tanke på att ifyllandet av enkäten inte fick ta för lång tid, eftersom familjecentrets personal var överbelastade och hade ont om tid. Därför hade det beaktats noga vilka ämnen som var de mest väsentliga för detta arbete, hur många frågor enkäten innehöll och hur många frågor som var slutna vs öppna frågor. Frågorna kategoriserades för att tydliggöra ordningen och frågorna hade formulerats till direkta och enkla att förstå. Tidsbrist, motivation för att svara på enkäten, och upplevelsen om att svarspersonens bidrag var viktigt och hur materialet skulle användas, kan ha inverkat på svarsprocenten (Davidson & Patel 2011 s. 67). I följebrevet framkom det studiens syfte, att respondenten var anonym och svaren behandlades konfidentiellt, eftersom dessa också kan ha inverkat på enkätens svarsmängd (Davidson & Patel 2011 s. 67). Respondenternas intryck, attityder och upplevelser kan ha inverkat på svaren. Det övervägdes att om det var någon skillnad om det var skribenten eller kontaktpersonen som skickade ut enkäten.

Enkäten redde inte ut hur bra respondenterna kände till tal-, ergo- och fysioterapeuternas samt psykiatriska skötarens ansvarsområden, vilket borde ha inkluderats enligt en respondent. Därutöver påpekade en respondent att det kunde även ha klarats upp hur bred kunskap de anställda hade om polisens, barnskyddets samt mental- och rusvårdens ansvarsområden.

Nackdelarna med undersökningsmetoden kunde vara missförstånd om frågorna, oaktasamhet, intresse och tidsbrist från respondentens sida, eller respondenten kan ha vägrat att svara (Heikkilä 2014 s. 15, 45–48; Hirsjärvi et al. 2009 s. 135–140). Någon annan metod, t.ex. en kvalitativ metod eller en fokusintervju kunde ha gett annorlunda och mer fördjupade resultat än den kvantitativa metoden.

8.6 Implikationer

Studien kan med fördel användas för att inleda diskussioner om Familjecentrets MPS. Eftersom enkätsvaren samlades in under vårvintern 2022 kan resultaten inte korreleras

direkt med Familjecentrets situation nu gällande MPS. Samarbetsprocesserna i multiprofessionella arbetsteam är sammanhangsspecifika och det är viktigt att identifiera de faktorer som gör samarbetet fungerande (Anåker et al. 2020 s. 8; Fruhen et al. 2020 s. 6). Familjecentret har genomgått omändringar då social- och hälsovårdstjänsterna flyttades från Borgå stad till Östra Nylands välfärdsområde. Personalen och deras arbetsuppgifter samt samarbete med andra organisationer och aktörer har ändrat. Östra Nylands välfärdsområde har som plan att införa arbetshandledning till samtliga avdelningar. Ifall arbetshandledningen tangerar MPS vid Familjecentret kunde detta arbete fungera som bakgrundsmaterial för att diskutera nuläget MPS. Man kunde i alla fall belysa de åsikter respondenterna hade om hämmande och främmande faktorer, samt vad litteraturen påvisade.

9 SLUTSATSER

Det visar sig att barn- och familjearbetare har vilja att samarbeta med andra yrkesprofessionella och upplever att de har nytta av varandras kunskap. De öppna svaren i enkäten visade att respondenterna har i stor utsträckning vetskap om vilka faktorer som främjar och hindrar multiprofessionellt samarbete. Många uttryckte att de redan, oavsett brådskan, gör sitt bästa för att samarbeta, men att omkringliggande faktorer som till exempel arbetsmiljö och delade dokumentationsprogram, faktorer som de inte kan inverka på, hindrar smidigt samarbete.

När beslut fattas för framtiden behöver aspekterna kring multiprofessionellt samarbete tas i beaktande. Hoppeligen är beslutsfattare villiga att lyssna på gräsrotsnivåarbetare, för att vi även i fortsättningen skall ha barn- och familjearbetare inom välfärdsområden som kan ge kvalitativ vård och orkar i sitt arbete. Utveckling av samarbetsprocesser är mest fruktbara då samtliga aktörer deltar och samarbetar.

KÄLLOR

Alho, S. 2017. Perheiden tukena. Tutkimus kasvatus- ja perheneuvolatyöstä ja kollektiivisesta identiteetistä asiantuntijoiden tulkitsemina. Kuopio: University of Eastern Finland.

Anåker, A., von Koch, L., Eriksson, G., Sjöstrand, C., Elf, M., 2020. The physical environment and multi-professional teamwork in three newly built stroke units, *Disability and Rehabilitation*, s. 1–9. Tillgänglig: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1793008>
Hämtad: 3.8.2021

Arújo, H, P, A., Santos L, C., Domingos T, S., Alencar T, S., 2012. Multiprofessional family health residency as setting for education and interprofessional practices, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, s. 1–11. Tillgänglig:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8253368/pdf/0104-1169-rlae-29-e3450.pdf>
Hämtad:3.10.2024

Bennetta, E., Hauckb, Y., Ragdorda, G. & Bindahneem, S., 2016. An interprofessional exploration of nursing and social work roles when working jointly with families. *Journal of Interprofessional care*, 30(2), s. 232–237

Björkqvist, K. 2012, *Introduktion till Vetenskapsteori och forskningsmetodik för beteendevetenskaper*. 1: uppl. Studentlitteratur AB, Lund

Bonfim, T, A., Giacon-Arruda, B, C, C., Galera, S, A, F., Teston, E, F., Do Nascimento, F, G, P., Marcheti, M, A., 2023. Assistance to families of children with Autism Spectrum Disorders: Perception of the multiprofessional team, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, s. 1–9. Tillgänglig:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9990997/pdf/1518-8345-rlae-31-e3780.pdf>
Hämtad: 2.10.2024

Borgå stad, 2021, *Familjecenter*. Tillgänglig: <https://www.borga.fi/borga-familjecenter>
Hämtad: 10.6.2021.

Cooper-Duffy, K. & Eakerb, K. 2017. Clinical Focus Effective Team Practices: Inter-professional Contributions to Communication Issues With a Parent's Perspective. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), s. 181–192.

Davidson, B., Patel, R., 2011, *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 4: uppl., Studentlitteratur AB, Lund

van Diggle, C., Roberts, C., Burgess, A., Mellis, C. 2020. Interprofessional education: tips for design and implementation, *BMC Medical Education*, 20(2), s. 1–6. Tillgänglig: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02286-z> Hämtad: 4.10.2024

Dillon, S., Kleinmann, W., Seasely, A., Ames, R., Dyess-Nugent, P., McIntire, D., Suen, E., Nelson, D., 2021. How personality affects teamwork: a study in multidisciplinary obstetrical simulation, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 3(2), s. 1–10. Tillgänglig: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100303> Hämtad: 3.8.2021

Ellis, G. & Sevdalis, N., 2019. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine, *Age and Ageing*, 48, s. 498–505. Tillgänglig: <https://academic.oup.com/ageing/article/48/4/498/5374432> Hämtad: 3.8.2021.

FinLapset- rekisteri 2021, Thl, Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finlapset-lasten-nuorten-ja-perheiden-terveys-ja-hyvinvointi/finlapset-rekisteri> Hämtad: 4.11.2021

Forskningsetiska delegationen (TENK). 2012. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Tillgänglig: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Hämtad: 13.4.2021

Fruhen, L., Carpini J, A., Parker, S, K., Leung, Y., Flemming A, F, S., 2020. Perceived barriers to multiprofessional team briefings in operating theatres: a qualitative study, *BMJ Open*, 10(2), s. 1–7. Tillgänglig: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/2/e032351.full.pdf> Hämtad: 7.6.2021

Frykman, M., Hansson, H., Muntlin Athlin, Å., von Thiele Schwarz, U., 2014. Functions of behavior change interventions when implementing multi-professional teamwork

at an emergency department: a comparative case study, *BMC*, 14(218), s. 1–14. Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/218> Hämtad: 3.8.2021.

Hastrup, A., Pelkonen, M., Normia-Ahlsten, L., 2019. *Kohti alueellista perhekeskustoimintamallia- Näin sen teemme.* Thl. Tillgänglig: <https://thl.fi/documents/605877/4519190/Perhekeskus/bebb0abc-820e-4682-abfb-c053bc793a5f> Hämtad: 8.11.2021

Hastrup, A., Pelkonen, M., Varonen, P., 2021. *Perhekeskustoiminnan ABC*, Thl, Tillgänglig: [https://thl.fi/documents/605877/4519190/Perhekeskustoiminnan+ABC+THL +%283%29.pdf/8b700a75-0ec1-8930-2262-394f59e9da34?t=1622116093001](https://thl.fi/documents/605877/4519190/Perhekeskustoiminnan+ABC+THL+%283%29.pdf/8b700a75-0ec1-8930-2262-394f59e9da34?t=1622116093001) Hämtad: 7.11.2021

Hazrati, H., Arabshahi, S K S., Bigdeli, S., Behshid, M., Sohrabi, Z., 2021. A qualitative approach to identify barriers to multi-professional teamwork among medical professors at Iranian teaching hospitals, *BMC*, 21(479), s. 1–12. Tillgänglig: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06421-4> Hämtad: 4.8.2021

Heikkilä, T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. 9 uppl. Edita, Helsinki

Hietamäki, J., Kuusinen, V., Pursi, K. & Rajala, R., 2017. Lastensuojeluilmoitusprosessi moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(4), s. 417–429.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara P., 2009. *Tutki ja kirjoita*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Huikko, E., Santalahti, P., Tornainen-Holm, M., Vuori, M., Kovanen, L., Lämsä, R. & Tuulio Henriksson, A. 2018. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyö kuntien mielenterveyspalvelujen ja lastensuojelun kanssa. *Duodecim* 134(18), s. 1827–1836.

Huopalainen, K., 2021, *Utveckling av det nya Familjecentret i Borgå- masterarbete*, [e-post.] korrespondans: 3.6.2021.

Inkilä, J., Aalto, P., Helminen, M. & Paavilainen, E. 2016. Moniammatillinen yhteistyö perheen kanssa lasten kaltoinkohtelutilanteissa. *Hoitotiede* 28(3), s. 204–216.

Isoherranen, K., 2012, *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*, Helsingfors: Unigrafia

Jacobsen, D.J., 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovårdare och socialt arbete*. 2:1 uppl. Studentlitteratur AB, Lund

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J., 2014. *Hur moderna organisationer fungerar*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Järvensivu, T., Nykänen K., Rajala, R., 2010. *Verkostojen johtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla*. Euroopan sosiaalirahasto, Uudenmaan ELY-virasto, Suomen Akatemia, Espoon kaupunki, Vantaan kaupunki.

Kananen, J. 2010. *Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Tampereen Yliopistopaino Oy –Juvenes Print.

Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R., Pietarinen, J. 2002. *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere: Tammer-Paino.

Kommunförbundet 2021, *Borgå*, Tillgänglig:

<https://www.kommunforbundet.fi/kommuner/borga> Hämtad: 8.11.2021

Laitila, H., Lunkka, N. & Suhonen, M., 2019. Asiakaslähtöisyys lapsi- ja perhepalveluiden moniammatillisessa verkostoyhteistyössä vanhempien kokemana. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*, 57, s. 3–16.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2003. *Etiikka hoitotyössä*. Juva: WSOY

Leppäkoski, T., Koivuluoma, M., Perälä, S. & Paavilainen, E., 2017. Moniammatillisen yhteistyön muutokset ja kehittämistarpeet lasten ja nuorten auttamisessa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 82(2), s. 200–211.

Malja, M., Puustinen-Korhonen, A., Petrelius, P., & Eriksson, P. 2019. Lastensuojelun laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:8. Helsinki.

Mönkkönen, K., Kekoni, T., Pehkonen, A., 2019, *Moniammatillinen yhteistyö- Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Tekijät & Gaudeamus.

Nordström, E., Josephson, I., Hedberg, B. & Kjellström, S., 2016. Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan (SIP). *Socialvetenskaplig tidskrift*, (1), s. 1–22.

Perälä, M-L., Salonen, A., Halme, N. & Nykänen S. 2011. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeitaan? Vanhempien näkökulma. Raportti 36/2011. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.

Psykologiguiden 2021, *Psykologilexikon*, Tillgänglig:

<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=Tv%C3%A4rprofessionell>

Hämtad: 28.10.2021

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Raitakari, S., Räsänen, J-M., Kostiainen, T. & Juhila, K. 2019. *Integroiva työtapa muotoutuvassa perhekeskustekstissa. Kriittisten tekijöiden tarkastelua*. Tampereen yliopisto. Tampere: PunaMusta Oy- Yliopistopaino.

Rose, J. & Norwich, B., 2014. Collective commitment and collective efficacy: a theoretical model for understanding the motivational dynamics of dilemma resolution in inter-professional work, *Cambridge Journal of Education*, 44(1), s. 59–74. Tillgänglig: <http://dx.doi.org/10.1080/0305764X.2013.855169> Hämtad: 4.11.2021

Rosen, M., A., DiazGranados, D., Dietz, A., S., Benishek, L., E., Thompson, D., Pronovost, P., J., Weaver, S., J., 2018. Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care, *Am Psychol*, 73(4), s. 433–450, Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6361117/> Hämtad: 3.8.2021

Saint-Pierre, C., Herskovic, V., Sepúlveda, M., 2018. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review, *Family Practice*, 35(2), s. 132–141. Tillgänglig: <https://academic.oup.com/fampra/article/35/2/132/4159391> Hämtad: 3.8.2021

Schot, E., Tummers, L., Noordegraaf, M., 2020. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration, *JOURNAL OF INTERPROFESSIONAL CARE*, 34(3), s. 332-342, Tillgänglig: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007> Hämtad 2.9.2021.

Schwarz, B., Neuderth, S., Gutenbrunner, C., Bethge, M., 2015. Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders, *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47, s. 58–65. Tillgänglig: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-1893> Hämtad: 7.6.2021.

Social- och hälsovårdsreformen 2020, *Programmet Framtidens social- och hälsocentral*, Tillgänglig: <https://soteuudistus.fi/sv/programmet-framtidens-social-och-halsocentral> Hämtad: 2.10.2021

Statsrådet 2020, *Lasten ja nuorten hyvinvointi koronakriisin jälkihoidossa: Lapsistrategian koronatyöryhmän raportti lapsen oikeuksien toteutumisesta*. Tillgänglig: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162318/VN_2020_21.pdf Hämtad: 4.11.2021

Statsstrategi för Borgå, 2018, *Drömmarnas Borgå 2030*, Tillgänglig: https://www.borga.fi/library/files/5bacc533ed6b97b70400082d/kaupunkistrategia_ruotsi.pdf Hämtad: 8.11.2021

SurveyMonkey 2021. Tillgänglig: https://fi.surveymonkey.com/?ut_source=homepage&ut_source3=header Hämtad: 22.9.2021

Sørensen, M., Stenberg, U., Garnweidner-Holme, L., 2018. A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), s. 1–14. Tillgänglig: <https://doi.org/10.5334/ijic.3959> Hämtad: 3.8.2021.

THL, 2016. *Luo luottamusta. Suojele lasta. Opas yhteistyöstä lapsia ja perheitä työskentelykohtaaville*. Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136183/Luo%20luottamusta%20suojele%20lasta_2019_1010%20s%20prf.pdf?sequence=7&isAllowed=y Hämtad: 13.6.2021

THL, 2019, *Det nationella programmet för främjandet av barn och ungas trygghet*, Tillgänglig: [https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-](https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och)

[projekt/det-nationella-programmet-for-framjandet-av-barn-och-ungas-trygghet](#) Hämtad: 2.10.2021

THL, 2021a, *Moniammatilliset palveluprosessit*. Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus/toimintamalleja-ja-menetelmia-tyontueksi/moniammatilliset-palveluprosessit#asiakaslahtoiset> Hämtad: 10.6.2021.

THL, 2021b, *Perhekeskusten kehittäminen LAPE- muutosohjelmassa*, Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lapsi-ja-perhepalveluiden-muutosohjelma-lape-/perhekeskukset> Hämtad: 2.11.2021

THL, 2021c, *Familjecenter*, Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/social-och-halsovårdstjanster/familjecenter> Hämtad: 2.11.2021

THL, 2021d, *Palvelukokonaisuus*, Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/perhekeskus/palvelukokonaisuus> Hämtad: 2.11.2021

THL, 2021e, *Ledning av klientdelaktighet inom social- och hälsovårdstjänster*, Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/ledningen-av-framjandet-av-halsa-och-valfard/framjande-av-delaktighet/ledning-av-klientdelaktighet-inom-social-och-halsovårdstjanster> Hämtad: 4.11.2021

Timonen-Kallio, E., Hämäläinen, J. & Laukkanen E., 2017. Interprofessional Collaboration in Finnish Residential Child Care: Challenges in Incorporating and Sharing Expertise Between the Child Protection and Health Care Systems. *Child Care in Practice*, 23(4), s. 389–403.

Tuominen, M., Hakulinen, T., Pelkonen, M. & Rautava, P. 2019. Neuvolalääkärit työssä: Moniammatillinen yhteistyö parantunut. *Lääkärilehti* 7, (74), s. 388–392.

Viitala, R., Kekkonen, M. & Paavola, A. 2008. *Perhekeskustoiminnan kehittäminen. PERHE-hankkeen loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Weller, J., Boyd, M., Cumin, D., 2014. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare, *Postgraduate Medical Journal*, 90, s. 149–154. Tillgänglig: <http://pmj.bmj.com/doi:10.1136/postgradmedj-2012-131168> Hämtad: 3.8.2021

WHO, 2016, COMPENDIUM OF CASE STUDIES: Partnerships for the health and well-being of our young and future generations: WORKING TOGETHER FOR BETTER HEALTH AND WELL-BEING: Promoting Intersectoral and Interagency Action for Health and Well-being in the WHO European Region, Tillgänglig: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/324947/Compendium-case-studies.pdf Hämtad: 3.8.2021

WHO, 2013, Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: Nursing and Midwifery Perspectives: Six case studies. *Human Resources for Health Observer*, 13. Tillgänglig: http://www.who.int/hrh/resources/IPE_SixCaseStudies.pdf?ua=1 Hämtad: 4.8.2021

WHO, 2010, Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health. Tillgänglig: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1 Hämtad: 4.8.2021

Williams, P. M., 2012. Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management, *Health and Social Care in the community*, 20(5), s. 550–560.

Finlands författningssamling

Grundlag 2§ (731/1999), 14§ (731/1999) Tillgänglig: www.finlex.fi Hämtad: 8.11.2021

Kommunallag 22§ (410/2015). Tillgänglig: www.finlex.fi Hämtad: 8.11.2021

Lag om patientens ställning och rättigheter (758/1992). Tillgänglig: www.finlex.fi Hämtad: 8.11.2021

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000). Tillgänglig: www.finlex.fi Hämtad: 8.11.2021

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Tillgänglig: www.finlex.fi Hämtad: 8.11.2021

Socialvårdslagen (1301/2014). Tillgänglig: www.finlex.fi Hämtad: 8.11.2021

BILAGOR

Bilaga 1. Följebrev till enkäten

Bilaga 2. Följebrev till kontaktperson

Bilaga 3. Frågeformulär

Bilaga 1. Följebrev till enkäten

Helsingfors 25.11.2021

Bästa mottagare!

Mitt namn är Maja Enholm-Tela och jag studerar hälsofrämjande (högre YH) vid Yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Jag skriver mitt masterarbete om multiprofessionellt samarbete och syftet med mitt arbete är att identifiera faktorer som inverkar hämmande och främmande på multiprofessionellt samarbete vid Familjecentret i Borgå. Undersökningen utgår från de yrkesprofessionellas perspektiv. Målet med undersökningen är att utveckla och skapa en rekommendation om multiprofessionellt samarbete.

Masterarbetet samarbetar med Utvecklingsarbetet av det nya Familjecentret i Borgå. Du har blivit utvald bland Familjecentrets anställda, eftersom du har erfarenhet av multiprofessionellt arbete. Dina kontaktuppgifter har fått av servicedirektören för tjänster för tidigt stöd i Borgå stad.

Professionellas upplevelser om samarbetets verkan i en multiprofessionell arbetsmiljö är mycket värdefulla, och därför hoppas jag, att just Du vill delta i denna undersökning. Jag vore ytterst tacksam om du kunde offra 5–10 minuter av din tid för att svara på denna enkät.

Deltagandet är frivilligt och du är anonym. Du kan när som helst avbryta deltagandet och det inverkar inte på fortsättningen. Enkäten behandlas konfidentiellt och det kommer att vara omöjligt för mig eller för någon annan att veta vem som besvarat enkäten. Enkäten frågar inte om personuppgifter eller titlar. Genom att svara på enkäten ges samtycke till att delta i undersökningen. Resultaten presenteras i masterarbetet.

Enkäten innehåller 35 frågor som berör samarbete på organisations-, grupp- och individ nivå. Det vore bra om du kan fylla i enkäten före den 15.01.2022. Enkäten hittar du från länken: _____

Jag, Maja Enholm-Tela, är din kontaktperson och överlärare, Annikki Arola, fungerar som handledare för masterarbetet från skolan.

Om du har frågor angående masterarbetet, kan du när som helst ta kontakt med mig för mer information.

Maja Enholm-Tela: enholmtm@arcada.fi

Annikki Arola: annikki.arola@arcada.fi

Med vänlig hälsning,
Maja Enholm-Tela

Helsinki 25.11.2021

Hyvä vastaanottaja!

Olen Maja Enholm-Tela ja suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, terveyden edistäminen, ammattikorkeakoulussa Arcada. Kirjoitan tällä hetkellä opinnäytetyötä, teemana moniammatillinen yhteistyö. Opinnäytetyön tavoite on tunnistaa tekijöitä, jotka edistävät ja/tai estävät moniammatillista yhteistyötä työympäristössä Porvoon Perhekeskuksessa.

Opinnäytetyö tekee yhteistyötä Porvoon perhekeskuksen kanssa. Sinut on valittu Perhekeskuksen työntekijänä, koska sinulla on kokemusta moniammatillisesta työstä. Yhteystietosi olen saanut varhaisen tuen palvelupäälliköltä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kyselyn julkaistaan niin, että vastaajien henkilösyys ei paljastu. Teillä on myös mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa ilman, että se vaikuttaa jatkoonne. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minkäänlaisia seuraamuksia, eikä veloita teitä mihinkään. Kerätty materiaali hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Valmis tutkimus julkaistaan opinnäytetyössä.

Kyselylomakkeen täyttäminen kestää noin 5–10 min ja kysymyksiä on 35 kpl. Kysymykset koskevat yhteistyötä ja moniammatillista työtä. Kyselylomakkeeseen pääsee Internet-linkin kautta: _____

Yhteyshenkilönä olen minä Maja Enholm-Tela ja lehtori Annikki Arola toimii ohjaajana koulun puolesta. Viimeinen vastauspäivä on 15.01.2022

Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstä, voit olla yhteyksissä minuun milloin tahansa saadaksesi lisätietoja.

Lisätietoja tutkimuksesta:

Maja Enholm-Tela: enholmtm@arcada.fi

Annikki Arola: annikki.arola@arcada.fi

Kiitos ajastanne, ja kiitos etukäteen osallistumisestasi tutkimukseeni!

Ystävällisin terveisin

Maja Enholm-Tela

Bilaga 2. Följebrev till kontaktperson

Helsingfors 25.11.2021

Bästa Kristina!

Mitt namn är Maja Enholm-Tela och jag studerar hälsofrämjande (högre YH) vid Yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Jag skriver mitt masterarbete om multiprofessionellt samarbete och syftet med mitt arbete är att identifiera faktorer som inverkar hämmande och främmande på multiprofessionellt samarbete vid Familjecentret i Borgå. Undersökningen utgår från personalens, de yrkesprofessionellas perspektiv. Målet med undersökningen är att utveckla och skapa en rekommendation om multiprofessionellt samarbete.

Masterarbetet samarbetar med Utvecklingsarbetet av det nya Familjecentret i Borgå. Jag kontaktar dig, eftersom du är kontaktperson för Utvecklingsarbetet för Familjecentret i samarbete med Yrkeshögskolan Arcada. Jag har fått dina kontaktuppgifter via Arcada.

De yrkesprofessionellas upplevelser samlas in via en enkät med 35 frågor angående multiprofessionellt samarbete på individuell-, grupp- och organisationsnivå. De professionellas upplevelser om samarbetets verkan i en multiprofessionell arbetsmiljö är mycket värdefulla, och därför hoppas jag, att er personal vill delta i denna undersökning. Jag vore ytterst tacksam om ni kunde offra 5–10 minuter av er tid för att svara på denna enkät.

Deltagandet är frivilligt och man svarar anonymt. Man kan när som helst avbryta deltagandet och det inverkar inte på fortsättningen. Enkäten behandlas konfidentiellt och det kommer att vara omöjligt för mig eller för någon annan att veta vem som besvarat enkäten. Enkäten frågar inte om personuppgifter eller titlar. Genom att svara på enkäten ges samtycke till att delta i undersökningen. Resultaten presenteras i masterarbetet.

Jag vore tacksam om du kunde ge respons på enkäten. Ifall det uppstår behov för korrigeringar, gör jag dem. Efter att korrigeringarna gjorts utarbetas den elektroniska länken till enkäten, var efter jag ber dig att skicka ut enkäten till personalen med följebrev. Enkäten hittas från länken: _____

Jag, Maja Enholm-Tela, är din kontaktperson och överlärare, Annikki Arola, fungerar som handledare för masterarbetet från skolan.

Om du har frågor angående masterarbetet, kan du när som helst ta kontakt med mig för mer information.

Maja Enholm-Tela: enholmtm@arcada.fi

Annikki Arola: annikki.arola@arcada.fi

Med vänlig hälsning,
Maja Enholm-Tela

Bilaga 3. Frågeformulär

FRÅGEFORMULÄR OM MULTIPROFESSIONELLT SAMARBETE PÅ FAMILJECENTRET I BORGÅ

FÖLJANDE FRÅGOR BERÖR BAKGRUNDSINFORMATION. RINGA IN DET ALTERNATIV SOM PASSAR BÄST.

1. Hur länge har du arbetat på Familjecentret i Borgå?
 - a. Under ett år
 - b. 1–5 år
 - c. 6–10 år
 - d. Över 10 år

2. Vilken utbildning har du?
 - a. Yrkesskoleutbildning
 - b. Yrkeshögskoleutbildning
 - c. Högre yrkeshögskoleutbildning
 - d. Universitetsutbildning
 - e. Någon annan, vilken? _____

FÖLJANDE FRÅGOR BERÖR INDIVIDUELLA ASPEKTER VID SAMARBETE MED KOLLEGOR. SVARA GENOM ATT KRYSSA I DET ALTERNATIV SOM MOTSVARAR DIN ÅSIKT.

3. Är du motiverad att samarbeta med andra yrkesprofessionella på arbetsplatsen?

Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jag tar ansvar vid samarbete med andra yrkesprofessionella.

Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Jag har erfarenhet av att samarbeta med andra yrkesprofessionella.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Jag har färdigheter att samarbeta med andra yrkesprofessionella.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jag är nöjd med min status på min arbetsplats.

Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Jag upplever att min yrkesexpertis motsvarar de arbetsuppgifter jag sköter.

Mycket ofta	Ganska ofta	Ganska sällan	Mycket sällan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Jag är nöjd med min yrkesroll.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hur uppskattar du att du känner till andra yrkesprofessionellas ansvarsområden på Familjecentret?

	Känner inte	Känner dåligt	Bra	Mycket bra
Hälsovårdare	1	2	4	5
Närvårdare	1	2	4	5
Sjukskötare	1	2	4	5
Läkare	1	2	4	5
Psykolog	1	2	4	5
Socialarbetare	1	2	4	5
Socionom	1	2	4	5
Byråsekreterare	1	2	4	5
Din förman	1	2	4	5
Andra, vem?	1	2	4	5

11. På vilket sätt samarbetar du med andra yrkesprofessionella på din arbetsplats?

12. Vad karakteriserar bra samt mindre bra samarbete på Familjecentret?

FÖLJANDE FRÅGOR BERÖR SAMARBETE INOM FAMILJECENTRET SOM ORGANISATION. SVARA GENOM ATT KRYSSA I DET ALTERNATIV SOM MOTSVARAR DIN ÅSIKT.

13. Upplever du att det finns tillräckligt med tid för att samarbeta med andra yrkesprofessionella på Familjecentret?

Inte alls	Dåligt	Bra	Utmärkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hur upplever du att du har fått skolning i att samarbeta med andra yrkesprofessionella på Familjecentret?

Inte alls	Dåligt	Bra	Utmärkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Familjecentret har modeller för hur man skall samarbeta med andra yrkesprofessionella.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Det finns utrymmen på min arbetsplats där jag kan möta och diskutera ärenden med andra yrkesprofessionella.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Det finns ett gemensamt dokumentationssystem på Familjecentret.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Ledningen ger möjlighet att samarbeta med andra yrkesprofessionella.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Ledningen stöder samarbete på Familjecentret.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FÖLJANDE FRÅGOR BERÖR SAMARBETE I GRUPP. SVARA GENOM ATT KRYSSA I DET ALTERNATIV SOM MOTSVARAR DIN ÅSIKT.

20. Hur upplever du att de olika yrkesprofessionella stöder varandra?

Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hur nöjd är du med jämlikheten mellan de olika yrkesgrupperna?

Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Hur upplever du samhörigheten på Familjecentret?

Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Upplever du att de olika yrkesgrupperna respekterar varandra?

Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Upplever du att det finns förtroende mellan yrkesgrupperna på Familjecentret?

Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Hur nöjd är du med maktfördelningen på Familjecentret?

Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. I vilken grad upplever du att du har möjlighet att påverka på Familjecentret?

Mycket stor	Ganska stor	Ganska liten	Mycket liten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. På vilket sätt kommunicerar du med dina kollegor på Familjecentret?

E-post

Telefon

**Patient-/dokumentations
program**

Ansikte mot ansikte

Annat, vad?

28. Hur ofta fattar du beslut gemensamt med en annan yrkesprofessionell om en klient?

Aldrig **Sällan** **Månatligen** **Varje vecka** **Dagligen**

29. Hur ofta gör ni gemensamma målsättningar för en klient tillsammans med en eller flera yrkesprofessionella?

Aldrig **Sällan** **Månatligen** **Varje vecka** **Dagligen**

30. Upplever du att ni har gemensam verksamhetskultur på Familjecentret?

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Ni har ett gemensamt språk på Familjecentret.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Ni har gemensam terminologi bland de yrkesprofessionella på Familjecentret.

Instämmer inte alls	Instämmer inte	Instämmer	Instämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Vi har avtalade möten/träffar med mina kollegor för att sköta gemensamma klienters ärenden.

Aldrig

Sällan

Månatligen

Varje vecka

Dagligen

34. Nämn faktorer som förhindrar samarbete bland yrkesprofessionella på din arbetsplats.

35. Nämn faktorer som förbättrar samarbete bland yrkesprofessionella på din arbetsplats.

Här kan du skriva, om du har något att tillägga eller kommentera.

Tack för din tid och dina svar!