

Erfarenheter av samverkan i en splittrad välfärd

En kvalitativ intervjustudie om socialarbetares upplevelser av samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården, med fokus på psykiatri

Av: Marcel Fondak och Julian Harris

Handledare: Welat Songur
Södertörns högskola | Institutionen för Samhällsvetenskap -Socialt arbete
Kandidatuppsats 15 hp
Social arbete| VT-terminen 2023



SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA | STOCKHOLM
sh.se

Abstract

The purpose: This study is meant to explore the perceptions of social workers from the municipal social services within the cooperation with the regional healthcare, focusing on the psychiatric care units, and if there are any power relations within this cooperation.

Method: A qualitative study with a deductive approach based on semi structured interviews with five social workers in the greater Stockholm area compiled by a thematic analysis of the interviews.

Theory: The studies theoretical approach originates from Contingency theory and a power perspective from Theory of Collaborative Advantages

Results: The results are presented in four themes; *Faults in cooperation*, *Fragmented welfare*, *Power relations within cooperation* and *When cooperation is successful*. These are summarized by how most cooperation is successful but certain problems occur such as a lack of communication between the organizations, vague laws and rules regarding cooperation, a lack of mutual trust and understanding for each other and an uneven power structure between doctors and social workers.

Conclusion: The lack of cooperation is emblematic of the Swedish welfare system's high specialization and fragmentation meant to cut cost and increase efficiency. It instead leaves clients with dual diagnosis with no clear direction of who to turn to for help.

Title: *Experiences of cooperation in a fragmented welfare system* - A qualitative interview study about social workers perceptions of cooperation between social services and healthcare providers, focusing on psychiatric care.

Number of words in this essay: 19,811

Keywords: “Cooperation”, “Psychiatric care”, “Social work” “Power”, “Dual diagnosis”.

Sammanfattning

Syfte: Studiens syfte är att utforska hur yrkesverksamma socialarbetare hos den kommunala socialtjänsten upplever samverkan med den regionala hälso- och sjukvården, med fokus på psykiatrin, och om maktrelationerna inom samverkan mellan dessa yrkesgrupper.

Teori: Studiens teoretiska utgångspunkter kommer från Contingency theory och från ett maktperspektiv ur Theory of Collaborative Advantages.

Metodansats: En kvalitativ studie med deduktiv ingång baserad på semistrukturerade intervjuer med fem socialarbetare i Storstockholmsområdet sammanställt genom en tematisk analys av intervjuerna.

Resultat: Fyra teman presenteras i resultatet: *Brister i samverkan*, *Fragmenterad välfärd*, *Maktrelationer inom samverkan* och *När samverkan fungerar*. Dessa kan summeras genom att samverkan som arbetsmodell i det stora hela är framgångsrikt, men när problematik uppstår sker det till följd av kommunikationsbrist mellan organisationer, otydliga lagar och riktlinjer, en ömsesidigt dålig tillit och förståelse för varandra samt genom en ojämn maktstruktur mellan läkaren och socialarbetaren.

Konklusion: Bristen på samverkan är symbolisk för det svenska välfärdssystemets höga specialisering och fragmentering, med budgetåtstramningar och ökad effektivitet. Det lämnar dock klienter med samsjuklighet utan tydliga riktlinjer om var de ska söka hjälp för sina behov.

Titel: *Erfarenheter av samverkan i en splittrad välfärd* - En kvalitativ intervjustudie om socialarbetares upplevelser av samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, med fokus på psykiatrin.

Antal ord i uppsatsen: 19,811

Nyckelord: "Samverkan", "Psykiatrisk vård", "Socialt arbete", "Makt", "Samsjuklighet".

Förord

Vi vill först och främst rikta ett stort tack till alla respondenter, era berättelser och synpunkter har varit ovärderliga i denna process. Vi vill även tacka vår handledare Welat Songur för dina synpunkter och ditt effektiva tidsschema!

I denna uppsats har alla delar delats likvärdigt och rättvist mellan författarna.

// Marcel Fondak & Julian Harris

Ett stort tack till Julian för ett gott samarbete i de oändliga timmarna vi har spenderat i skolans bibliotek. Jag har verkligen uppskattat denna tid och alla suckar, frustration och formuleringar blev till slut något riktigt fint vi båda kan vara stolta över. Ett sista men viktigaste tack vill jag rikta till min sambo Martyna, för allt ditt stöd och diskussioner under denna tid. Tack för att du alltid står vid min sida. /Marcel

Det har varit en intensiv men väldigt givande process, där vissa dagar krävde mer tålamod och väntan medan andra stunder begärde hårt arbete och långa dagar. Det ligger en ironi i att studera kring samverkan genom att samverka med en arbetskollega, men faktum är att jag har lärt mig lika mycket om dess vikt genom detta samarbete som jag har lärt mig om det genom den studie vi har utfört. Det är väldigt viktigt att kunna se den andre som en betydande medmänniska där man med förståelse kan se på dennes brister och med tacksamhet på dennes styrkor. För alla bär vi på dem. Jag har uppskattat denna lärorika process oerhört mycket, både inför framtida yrkesutövning såsom för min privata utveckling. Jag vill därför tacka alla de som har stöttat mig genom denna studies gång, men framför allt ett stort tack till Marcel som har varit en stark medspelare, ett nyttigt bollplank, en förstående kollega och en viktig del i att denna studie ska ha blivit av. /Julian

Lista över förkortningar

Vid förkortningar i texten hänvisas fulla namn och begrepp till detta sidblad.

ADHD — Attention deficit hyperactivity disorder

APA — American Psychological Association

BUP — Barn- och ungdomspsykiatri

DSM — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GDPR — General Data Protection Regulation

HSL — Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

ICD — International Classification of Diseases

LPT — Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

LSS — Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

LVM — Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

SIP — Samordnad individuell planering

SoL — Socialtjänstlag (2001:453)

STAD — Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem

WHO — Världshälsoorganisationen

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1. Syfte.....	4
1.2. Frågeställningar.....	4
2. Definitioner	4
2.1. Missbruk och beroende	5
2.2. Psykisk hälsa och psykisk ohälsa	5
2.3. Samsjuklighet.....	5
2.4. Samverkan	6
2.5. Makt	6
3. Tidigare forskning	7
3.1. Sökprocess	7
3.2. Samverkan som arbetssätt inom välfärden.....	8
3.2.1. Samverkan utifrån ett internationellt perspektiv	8
3.2.2. Förutsättningar och hinder för samverkan i Sverige.....	11
3.2.3. SIP-möten - En lagstadgad samverkansform.....	13
3.3. Makt - Aktörens inflytande på arenan för samverkan.....	15
4. Teorier	17
4.1. Contingency Theory	17
4.2. Maktperspektiv utifrån Theory of Collaborative Advantages	20
5. Metodik	23
5.1. Urval och datainsamling	23
5.2. Avgränsning	24
5.3. Analysmetod samt dess tillvägagångssätt	24
5.4. Studiens etiska utgångspunkt och behandling.....	27
5.5. Tillförlitlighet och äkthet	28
6. Resultat	29
6.1. Brister i samverkan.....	29
6.2. Fragmenterad välfärd	33
6.3. Maktrelationer inom samverkansmöten	36
6.4. När samverkan fungerar	40
7. Analys	43
7.1. Samverkan - lösningen eller ett komplement?	44
7.2. Den ofrånkomliga faktorn - När maktröller får fäste	46
8. Avslutande diskussion	49
8.1. Diskussion kring studien utifrån tidigare forskning	49
8.2. Begränsningar för studien	54
8.3. Summering och kritisk reflektion.....	55
9. Referenslista	59
Bilaga 1	69
Bilaga 2.....	70

1. Inledning

Under Almedalsveckan, sommaren 2022, skedde ett knivmord som chockade Sverige. Dådet anses till stor del bottna i en frustration mot samhället, och genom ett upplevt svek från psykiatrin (Åkerman, 2022). Individen var samsjuklig och i behov av olika insatser för att orka med sin vardag (Thomsen & Carlén, 2022). Det som skedde den dagen är både oförsvarligt, och olyckligt. Frågan kvarstår dock vad som kan få en individ att uppleva sig så bortglömd av psykiatrin och välfärden att denne är i stånd att utföra ett sådant våldsdåd.

Före Psykiatrireformen år 1995 existerade det en oro kring hur väl individer med psykiatriska behov fick den vård och hjälp de behövde av hälso- och sjukvård samt av socialtjänst. Institutionella vårdinrättningar i form av mentalsjukhus stängde ned i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet (Markström, 2002; Bogen, 2022). Avsnitt 5.8 i statens offentliga utredning (SOU 1992:73), ett slutbetänkande om ovanstående reform avseende psykiatrins framtida funktion, kom fram till att individer med samsjuklighet slussas mellan olika samhällsorgan för att få sina hjälpbehov tillgodosedda. Samsjuklighet som begrepp innebär att en individ uppfyller kriterier för att kunna diagnostiseras med fler än en sjukdom samtidigt (Socialstyrelsen, 2019a; Johnson, Richert & Svensson, 2017). Utredningen (SOU 1992:73) belyste att samarbetet gällande denna utsatta målgrupp var för svagt, där samhällsorgan flyr undan ansvarsområden som gränsar den andra samhällsaktören och att individen faller mellan stolarna, en uppfattning i konsensus inom fältet (Markström, 2002; Johnson, Richert & Svensson, 2017). Utredningen bidrog till Psykiatrireformen år 1995.

Med Psykiatrireformen, och sedan de sista institutionerna stängts, har individer som tidigare vårdats på institutioner flyttats ut i samhället. Reformen har lett till att regioner och kommuner har fått tydligare ansvar, ett ansvar som tidigare tillhandahölls av institutionerna. Huvudsyftet med reformen blev nu att bättre integrera personer med psykiatriska besvär i samhället. Kommuner fick således ett lagstadgat ansvar för boende och sysselsättning för de tidigare institutionaliserade individerna. Regionerna delade samtidigt upp den psykiatriska vården enligt geografiska områden, vilket ökade tillgängligheten för inrättningarna. Reformen ledde dock till mycket osäkerhet kring ansvarsområden mellan psykiatrin och socialtjänsten avseende patientens behov och stöd (Topor, Denhov & Bülow, 2018). Redan år 1999 uppstod frågor kring hur samverkan skulle effektiviseras och förbättras (Filipsson, 1999), efter en

årsrapport från Socialstyrelsen (1998). Samverkan är viktig då socialtjänsten och hälso- och sjukvården, som har skilda ansvarsområden, har ett gemensamt ansvar för aktuella klienters behandling och insatser, samt den är enligt riktlinjer tänkt att ske likvärdigt och ömsesidigt mellan samverkanspartners (Socialstyrelsen, 2021; Prop.2012/13:77). På grund av olika ansvarsområden skapar samverkan möjligheten till samordnade insatser och en tydligare helhetsbild av klienten.

Det är svårt att få fram tydlig statistik på hur många individer det finns i Sverige med psykiatrisk- och beroendeproblematik och hjälpbehov från samverkande aktörer. Lagrad information från svenska myndigheter är ofta svårnådd samtidigt som vissa privata vårdinrättningar förbehåller sig rätten att inte dela med sig av sin statistik. Exempelvis krävs det menprövning för att hämta andras handlingar eller en uppgift i socialförsäkringsärenden hos Försäkringskassan (2022). Socialstyrelsens egen kartläggning (2019a) visar att under år 2017 var det runt 50,000 individer som fick sjukvård för beroendeframkallande medel. Av de som uppsökt vård rapporterades det att över 50% har eller har haft en psykiatrisk diagnos under treårsperioden 2016–2018, och därmed en samsjuklighet. Socialstyrelsens (2022) statistik visar att cirka 78,000 personer får minst en insats hos socialtjänsten enligt LSS, *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade* (1993:387). Lagen LSS omfattar bland annat personer med psykiatriska svårigheter. Statistiken ovan innebär inte att samtliga får stöd och planering genom en samverkan mellan vårdinrättning och socialtjänst, men däremot att behovet sannolikt kan existera bland dessa individer. En annan relevant lagstiftning som samverkas kring är LVM, *Lag om vård av missbrukare i vissa fall* (SFS: 1988:870). Den gäller tvångsomhändertagande av individer med missbruksproblematik. Lagen kan aktualiseras genom läkarens anmälningsplikt till socialtjänsten om individen anses behöva tvångsvård, där socialtjänsten gör en förhandsbedömning utifrån anmälan om en utredning ska inledas. Samverkan beskrivs som viktigt för individer som omfattas av lagen då klientens behov täcker olika ansvarsområden (Socialstyrelsen 2021). LPT, *Lag om psykiatrisk tvångsvård* (SFS 1991:1128) kan vara tillämplig då lagen innefattar tvångsåtgärder som likt LVM kan appliceras om individen anses som fara för sig själv eller någon annan. Lagrummet gäller vid allvarlig psykisk störning. LPT-intagna kan behöva samordnade insatser av socialtjänstens och psykiatrin efter utskrivning.

Samverkan för individer med beroendeproblematik, funktionsnedsättning, samsjuklighet eller kontinuerliga vårdbehov är lagstadgade enligt *Socialtjänstlagen*, SoL, (SFS 2001:453) 5 kap. 8§; 5 kap. 9a§ samt *Hälso- och sjukvårdslagen*, HSL, (SFS 2017:30) 16 kap. 3§, (SKR, 2022). SoL är en ramlag för socialtjänsten och HSL är en ramlag för hälso- och sjukvård samt psykiatri. Kommuner och regioner ska ingå överenskommelser på en övergripande nivå för individer med beroendeproblematik och psykisk ohälsa enligt ovannämnda lagar. Dessa överenskommelser ska mynna ut i avtal som tecknas av svenska kommuner och regioner. Det gränsöverskridande avtalet (2020) avseende samverkan för personer med beroendeproblematik, mellan Kommunförbundet Stockholms län, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och dåvarande Stockholms läns landsting, är ett exempel på en sådan överenskommelse. I detta avtal lyfts individer med samsjuklighet fram som en särskilt prioriterad målgrupp. Målet är att kunna identifiera dessa individer och tillsammans med samhällsaktörerna erbjuda hjälp- och stödinsatser. Samordnad individuell planering, SIP, är dessutom lagstadgat i SoL (SFS 2001:453) 2 kap. 7§, samt HSL (SFS 2017:30) 12 kap. 5§; 16 kap. 4§. SIP, som är en av de vanligare formerna av samverkan i Sverige och används inom flera olika målgrupper, innebär att sjukvården tillsammans med socialtjänsten upprättar en individuell planering för klienten (SKR 2022). I ovannämnda lagrum framkommer det rambeskrivningar om SIP-planeringen. Vid SIP-möten klargörs de olika aktörernas ansvarsområden samt vem som har den övergripande ansvarsrollen för planeringen. Målsättningen är även att uppnå en bättre samverkan mellan samhällsaktörerna, och att skapa en långsiktig och gynnsam helhetsplanering för klienten. Därför blir SIP-möten en viktig samverkansform för både de involverade yrkesgrupperna och för klienten.

Fler studier talar dock för att det råder dysfunktionella maktrelationer mellan interorganisatoriska aktörer vid samverkan (Dunér & Wolmesjö, 2015; Ek, Isaksson & Eriksson, 2017), samt en kommunikationsbrist aktörerna emellan (Matscheck m.fl., 2019; Källmén & Elgán, 2016; Liljegren, 2016). Även om dessa dilemman varierar mellan målgrupperna påvisar forskningen ett behov av ökad förståelse och inblick för den problematik som uppstår vid samverkan mellan socialtjänst och sjukvården. Jonhed och Bennich (2018) berör både bristande jämbördighet för socialarbetaren vid samverkansrelationer liksom riskfaktorer med ojämna interprofessionella maktrelationer vid samverkan. Det sistnämnda med hänvisning till en studie om BUPs hierarkiska tolkningsföreträde vid interaktioner med samarbetsaktörer, såsom socialtjänsten (Blomqvist,

2012). Det saknas dock tillräcklig svensk forskning kring om liknande mönster uppstår i mötet mellan socialarbetaren och psykiatrin där makt och tolkningsföreträdet hamnar i fokus. Detsamma gäller hur detta kan påverka samverkan vid interorganisatorisk kommunikation, exempelvis för individer med samsjuklighet.

1.1. Syfte

Studiens syfte är att ta reda på vilka erfarenheter och upplevelser yrkesverksamma socialarbetare på socialtjänsten har av samverkan med hälso- och sjukvården, med inriktning på psykiatri, samt om maktrelationer inom samverkan mellan dessa yrkesgrupper. Inom psykiatri är läkaren central, och därför läggs extra fokus på samverkan med denna profession. Studiens syfte är relevant för ämnet socialt arbete genom att belysa hur den praktiska samverkan med psykiatrin samt hälso- och sjukvården uppfattas av socialarbetaren.

1.2. Frågeställningar

Utifrån den problematik som beskrivs, och det formulerade syftet med studien, blir två frågor extra viktiga att ställa.

1. Hur samverkar socialarbetare med psykiatrin och hälso- och sjukvård avseende brukaren, och hur upplever socialarbetaren att den samverkan fungerar?
2. Vilka maktrelationer kan aktualiseras i samverkansmötet?

2. Definitioner

Nedan följer definitioner som kommer användas i studien, för att hjälpa läsaren att förstå dess betydelse i kontexten. Definitionerna kommer ej beskrivas i en alfabetisk ordning utan istället i den följd dess innebörd kan länkas vidare, för att skapa en röd tråd genom avsnittet för att underlätta för läsaren.

2.1. Missbruk och beroende

I *LVM- Handbok för Socialtjänsten* (2021) beskrivs definitionen *missbruk* som användning av alkohol, narkotika eller dylika substanser och beroendeframkallande medel, vilket ökar risken för allvarliga konsekvenser för individens liv genom medicinska och sociala påföljder.

Begreppet är formellt och appliceras även vid lagstiftningar, såsom i lagrum SoL (SFS 2001:453) 5 kap. 9-9a§. *Beroende* är den tekniska och medicinska termen vid diagnoser som berör missbruk. Begreppet används inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En riktlinje (Socialstyrelsen, 2019b) klargör att den medicinska klassificeringen som gäller för missbruk är ICD samt DSM för beroende (se *Lista över förkortningar*). Den första klassificeringen används inom sjukvården medan den senare används inom forskning.

2.2. Psykisk hälsa och psykisk ohälsa

Psykisk hälsa är enligt Folkhälsomyndigheten (u.å.) en resurs som möjliggör välmående hos individen, och upplevelsen av meningsfullhet i tillvaron samt där ett tillräckligt socialt och lyckligt liv är betydelsefullt. Biologi, livsstil, social omgivning, demokratiska rättigheter liksom fysisk och emotionell mående är faktorer som kan stärka eller sänka den psykiska hälsan. Exempel på riskfaktorer är genetiska sjukdomar, destruktiva uppväxtförhållanden, otillräckliga ekonomiska resurser, samt upplevelser av alienation. Psykisk ohälsa utgör ett brett spektrum med svårigheter för individen att fungera i vardagen, vare sig det är känslor som ångest eller psykiatriska och neuropsykiatriska diagnoser. WHO (2022) beskriver psykisk hälsa som ett sätt att kontinuerligt kunna stå emot stressfaktorer i livet samt att kunna uppnå en känsla av värde och delaktighet i samhället. Psykisk hälsa är integrerande för mentalt välbefinnande men påverkas av sociala och psykologiska samspel som individen har med omgivningen. Även om psykisk hälsa betyder mer än att skonas från psykiska sjukdomar kan psykisk ohälsa ses som en motpol till psykiskt välmående.

2.3. Samsjuklighet

Definitionen, även benämnt komorbiditet, innebär att individen bär på fler sjukdomsdiagnoser parallellt. Det kan exempelvis röra sig om narkotikamissbruk samt psykos eller ADHD och kraftig alkoholkonsumtion (Socialstyrelsen, 2019a; Kunskapsguiden, u.å.; Stockholms

beroendeklinik, u.å.). Som tidigare beskrivits har mer än 25,000 svenska invånare noterats för samsjuklig problematik mellan åren 2016–2018 (Socialstyrelsen 2019a). Enligt Kunskapsguiden (u.å.), faktagranskat av Socialstyrelsen, kan samsjuklighet uppstå om gemensamma riskfaktorer existerar. Exempelvis missbruk som självmedicinering av psykisk sjukdom eller när missbruket genererar kvarvarande psykisk sjukdom. Beroende på institution eller myndighet har behovsökande brukare olika benämningar. Medan beroendeenheten kan kalla behovsökande för klient kallas denne för patient inom sjukvården. Benämningarna används växelvis genom texten.

2.4. Samverkan

Begreppet innebär ett interprofessionellt och interorganisatoriskt arbetssätt där myndigheter och välfärdsaktörer samarbetar, beskriver Axelsson & Bihari Axelsson (2007). Samverkan kan klassas som djupare former av samarbeten med en grund i samordningar av organisationer, som kombineras med nätverkssamband, och används då vanligen som ett paraplybegrepp (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Jonhed och Bennich (2018) beskriver samverkan som organisatoriska interaktioner, men samtidigt ett möte mellan individer, kring gemensamma uppdrag med utvalda syften. Exempelvis finns lagstadgad samverkan mellan den kommunala socialtjänsten och regionsbaserade sjukvården, enligt SoL, 5 kap. 8§ och 5 kap. 9a§ samt HSL, 16 kap. 3§. Ett annat exempel är den lagstadgade samverkan genom SIP-möten enligt SoL 2 kap. 7§ samt HSL 16 kap. 4§ och 16 kap. 4§. Samtliga lagrum pekar på att tydliga gemensamma mål behövs för en fungerande samverkan.

2.5. Makt

Makt är ett brett begrepp som omfattar många sociologiska och filosofiska tolkningar. Det kan delas in i olika grupper: såsom legitim makt, förtroendemakt och expertmakt (Aroseus, 2013). Nationalencyklopedin (u.å.) delar upp makt i två läger; maktutövning samt maktresurser, där ena begreppet innebär agerandet av makt och det andra innebär möjligheten till makten. I studien benämns begreppet makt främst i relation till maktdynamiken vid samverkan och mellan organisationerna, med fokus på asymmetriska *maktrelationer* (Jonhed och Bennich, 2018). Jacobsen och Thorsvik (2021) betonar att ett fördelaktigt maktbruk sker

om aktören får sin vilja igenom, oavsett medhåll från samarbetsaktörer på den gemensamma arenan. En hierarkisk struktur har tydlig och medveten maktdynamik, kring vem som har tolkningsföreträde i besluten och i samtalen. Baianstovu (2018) nämner i samma anda att det hierarkiska maktförhållandet för socialarbetaren skapar asymmetriska interaktioner med klienten. Makt kan dock användas i syfte att stärka samarbetet inom och mellan organisationer, samt förbättra samverkan för samarbetspartners genom empowerment (Huxham & Vangen, 2005).

3. Tidigare forskning

I detta avsnitt avhandlas forskning som anses relevant för studiens resultat och diskussion. För att skapa en tydligare översikt kommer forskningen att delas upp i tre huvudkategorier; *Sökprocess, Samverkan som arbetssätt* samt *Makt - Aktörens inflytande på arenan för samverkan*. Kategorin för samverkan är bred och delas därför upp i tre underrubriker; *Samverkan utifrån ett internationellt perspektiv, Förutsättningar och hinder för samverkan i Sverige* samt *SIP-möten - En lagstadgad samverkansform*.

3.1. Sökprocess

I detta avsnitt förklaras sökprocessen. Studiens tidigare forskning använder sig av vetenskapliga artiklar, samt två vetenskapliga avhandlingar. Här har SöderScholar, Södertörns högskolas sökdatabas, använts för att söka efter artiklarna. Genom att använda sökord som ansetts relevanta för studiens syfte har tidigare forskningsartiklar efterforskat. Filter som har applicerats är att sökningen sker genom vetenskapligt granskade, peer-reviewed, artiklar. Filtret har även begränsat artiklarna till svenska eller engelska skriftspråk. I sökprocessen har först dessa ordkombinationer använts: *Coordinated individual planning, Comorbidity AND addiction, samverkan AND socialtjänst, samverkan AND makt* samt *power* AND interorganisation*. Sökningen har innehållit både svenska och engelska ordkombinationer. Vid en senare sökning i SöderScholar har istället mer specificerade sökord använts, exempelvis; *continuity AND mental health care OR social service, interprofessional collaboration AND health care OR social service, multidisciplinary* OR intersectoral collaboration, co-location AND multi-professional** samt *social work AND interdisciplinary**. Artiklarna som använts i

studierna har genomgått en process där titeln och abstraktet lästs, för att först se den vetenskapliga artikelns relevans för studien. Efter detta har konklusionen undersökts, för att slutligen läst igenom hela artikeln.

3.2. Samverkan som arbetssätt inom välfärden

Då samverkan är ett brett koncept har denna huvudkategori delats upp i tre avsnitt. Avsnittens innehåll överlappar varandra men täcker tre separata fält. Den tidigare forskningen i första avsnittet handlar om synen på samverkan och dess funktion, sett ut ur ett internationellt perspektiv. Andra avsnittet inriktar sig på förutsättningarna för en samverkan i en svensk kontext och det tredje avsnittet fokuserar på SIP-möten. Samverkan är ett paraplybegrepp där bland annat SIP-möten inräknas, vilket är ett välanvänt arbetssätt för samverkan inom välfärden i Sverige. För studiens respondenter är detta en av de vanligare formerna för samverkan, se Resultat, vilket gör tidigare forskning relevant.

3.2.1. Samverkan utifrån ett internationellt perspektiv

Den internationella forskningen om samverkan är omfattande och svårgreppbar. Studiens tidigare forskning kommer därför främst att bli ett axplock ur den existerande kunskapen, för att kunna återge en bild av den breda vetenskap som finns om samverkan och dess funktion. Delar av den internationella forskning som används rör sig mer om samarbeten (i.e. *collaborations*) än om samverkan (i.e. *co-operations*), men där resultatet och tillvägagångssättet av forskningen blir relevant för denna studie.

En systematisk litteraturöversikt (Saint-Pierre m.fl., 2018), baserad på 109 vetenskapliga artiklar och cirka 200,000 patienter, vill åskådliggöra det praktiska samarbetet mellan multidisciplinära arbetslag inom primärvården. Insatser genom socialarbetare inkluderas ej, men översikten ger en bild av hur olika samarbetsformer kan se ut. Här identifieras bland annat *samlökaliserade samarbeten* liksom *icke-hierarkiska samarbeten*. I *samlökalisering*, som har en utnämnd klinisk ledare, sker arbetssättet och kommunikationen genom fysiska och regelbundna möten. *Icke-hierarkiska samarbeten* har å andra sidan ingen utnämnd ledare, men kommunikationen sker på en fysisk plats, där samarbetet klassas som kontinuerligt och

horisontellt. Resultatet visar att uppfattningen om konceptet *samarbete* är god, i jämförelse med övriga arbetsformer. Mason och Evans (2020) beskriver istället samverkan som en dynamisk process som skiljer sig till följd av varierande möjligheter och behov, exempelvis brukaren och organisationen.

Arbetsroller inom samverkan beskrivs i en systematisk litteraturöversikt av Schot m.fl. (2020). Översikten handlar om hur sjukvårdspersonal och andra professionella agerar vid interprofessionella samarbeten. Roller diskuteras och specificeras, i exempelvis workshops, för att skapa bättre förståelse för samarbetspartners kompetens och deras arbetsroller i samarbeten. Behovet av tydligare roller får även medhåll av Lailani och Marshall (2020), i en brittisk studie om samlokalisering och multiprofessionella arbetslag i London. Här läggs tonvikt på förståelsen för varandras ansvarsområden samt gemensamma utbildningar för att stärka medvetenheten kring allas ansvar och roller. Bristande förståelse för roller och arbetsuppgifter beskrivs även i en studie som genomfört intervjuer med läkare och socialarbetare kring samverkan (Kharicha m.fl., 2005). I Schot m.fl. (2020) framkom det dessutom att sjuksköterskor uppfattas vara bättre på att samarbeta än läkare. Detta ter sig naturligt då sjuksköterskor har vanan och viljan att hjälpa andra yrkesutövare, exempelvis socialarbetaren att förstå medicinskt språkbruk. Resultatet presenterar att samarbeten som kännetecknas av bättre kommunikation leder till högre kvalitet av vård. I studien av Kharicha m.fl. (2005) framkom det att läkare och socialarbetare ofta har olika syner på gynnande åtgärder för klienten. Socialarbetarna uppfattade att läkaren inte hade tillräcklig kunskap om sina arbetsuppgifter, eller vilka lagar och riktlinjer som i sådant fall gäller. Läkaren brast även i förståelse för de organisatoriska förutsättningarna socialarbetarna hade. Samlokalisering lyfts som en lösning på problemet, liksom att ställa högre krav på arbetsrelationen mellan samverkanspartners. Socialarbetarens frustration uppstod ofta av otydlighet och kommunikationssvårigheter, där kommunikation med läkaren exempelvis skedde genom sjuksköterskan. I kontrast betonade deltagare att det krävs en uppriktig dialog kring det gemensamma ansvarstagandet för brukaren för att undvika åsiktsskillnader och missförstånd. Fokus ligger på att minimera riskerna för brukaren, vilket gäller vid mer komplexa fall.

En omfattande, europeisk gränsöverskridande studie (Klingemann m.fl., 2020) analyserar olika arbetssätt inom sjukvården för mental hälsa. Studiens urval är två arbetssätt i fem europeiska länder: SC, *specialiserad vård*, samt PCC, *personlig vårdkontinuitet*.

Vårdkontaktarna består exempelvis av psykiatriker, sjuksköterskor samt socialarbetare. Uppdelat i separata specialistteam är SC tänkt att förenkla den organisatoriska vården och skapa ett skyndsamt och effektivt beslutsfattande. PCC fokuserar istället på att arbetsteamet och läkaren observerar patienten i början av insatserna, och att de genom smidiga övergångsfaser följer patientens resa till slutförd rehabilitering. Delmålet är att bygga en personnära, kontinuerlig relation till både patienten såväl som inom teamet. Resultatet visar att trots viss svårighet med inledande övergångsfaser samt högre arbetsbörda för läkaren, vilket ökar stressen, leder PCC till mindre frustration och förvirring för patienten. Dessutom upplever vårdkontaktarna en fungerande holistisk behandling av patientens problematik, samt att resultatet av PCC var kortare sjukhusvistelse för patienter.

Utvärderingen av kontinuitet vad gäller vårdpersonal stämmer överens med Lalani och Marshalls studie (2020). Utöver att resultatet påvisar behovet av arbetsrelaterade sociala relationer betonar det även ett stort behov av kontinuitet i personal för att partnerskapet mellan professionerna ska bli hållbart. Fastanställda upplever en frustration med rotationen av personalen från bemanningsföretagen. En kontinuitet i personal skapar en större tydlighet både för samarbetet och för patienten. Samtidigt uppger vissa patienter i föregående studie (Klingemann m.fl., 2020), att ombyte av vårdpersonal stundtals är bra. Ett omnämnt alternativ vore att ha en kontinuerlig läkarkontakt och samtidigt en tillfällig läkarkontakt parallellt. Den senare läkarkontakten upplevs mindre dömande då hen vet mindre om patientens historik. Vid SC upplevde patienten istället mer autonomi i besluten, samt förväntar mer preciserad behandling från en specialiserad vårdkontakt. Många psykiatriker ansåg att SC passar dem bäst, genom möjligheten till snabba ändringar av behandlingsplanen eller vid personalbyten. Samtidigt visar studien att SC-patienter upplever en otydlig och bristfällig holistisk behandlingsplan, en starkare misstro och frustration gentemot personalen liksom förvirring till följd av flera olika rekommendationer från olika vårdkontakter. Vårdpersonalen påpekar dessutom att behandlingar ofta avbryts, att patienterna behöver stanna längre än planerat och att kommunikationsbrist samt konflikter råder. Resultatet liknar Lailani och Marshalls studieresultat (2020), där en lösning som fanns för behovet av öppnare kommunikation var att medvetet delge värdefull information inom organisationen och det multiprofessionella teamet. Detta var dock olyckligt för socialarbetarna, som till skillnad från övriga i arbetslaget inte var samlokaliserade och svårare nåddes av informationen.

I studien av De Leo m.fl. (2023), om samverkan i form av nätverkssamband avseende migranter i Italien, lyfts vikten av goda personliga relationer mellan samarbetsaktörerna. Aktörerna i studien upplever att två lösningar för bra samarbete är gott relationsbyggande, samt en fördjupad förståelse för både klienter och varandra. Studien betonar att samarbete är av vikt då enskilda aktörer inom välfärden inte klarar av heltäckande stödinsatser för individer med samtidig problematik inom olika områden. Hämmande faktorer för det samarbetande nätverksarbetet är de strukturella och operationella barriärerna, såsom resursbrist, nedskärningar samt en tydlig påverkan på arbetet från media och politiken. Omorganisationer kan leda till inskränkningar och påverka arbetsprocessen negativt. På grund av de negativa aspekterna blir därför viljan, engagemanget, relationsbyggandet och ett starkt förtroende för andra samarbetsaktörer än mer väsentliga framgångsfaktorer. En norsk studie (Hesjedal m.fl., 2015), om multidisciplinära samarbeten mellan lärare och socialarbetare, betonar liknande främjande faktorer vid ett interprofessionellt samarbete. Ett viktigt tema är det personliga engagemanget, där entusiasm för det gemensamma arbetet, och för klienten, stärker samarbetspartnerns motivation. Ett engagerat åtagande ses enligt forskarna som en nyckelfaktor för gynnandet av samarbeten. Sökandet av gemensamma mål är ett annat tema som belyses. Deltagarna beskrev möjligheten till förberedelse inför interprofessionella möten, vilket skapade en effektivitet vid mötena och tillät ett kreativare tillvägagångssätt för att uppnå de gemensamma målen.

3.2.2. Förutsättningar och hinder för samverkan i Sverige

Avsnittet kommer att fokusera på, och belysa, de framgångsfaktorer och den problematik som kan uppstå vid samverkan, utifrån en svensk kontext.

En sammanläggningsavhandling av Mossberg (2018) analyserar fyra egenförfattade artiklar för att syna samverkansnormen. Den beskriver samverkan som en helhetssyn för klienten, utifrån aktörernas utgångspunkter och normer, baserat på separata organisatoriska samt disciplinära förväntningar och uppfattningar. Mossberg kommer fram till att ett bra relationsbyggande blir grundpelaren för en god samverkan. Samverkansaktörerna upplevde ett bra handlingsutrymme för förhandlingar, men främst för att förhandlingar vid samverkansmötet användes för att stärka en egen legitimitet. Studien belyser även att normativa argument inom samverkan baseras på sociala eller auktoritära normer samt

subjektiva erfarenheter. I resultatet framkom det att samverkan som funktion var väsentlig för både brukaren och de yrkesverksamma, där deltagarna betonade samverkan som ett bra arbetssätt. En studie (Hallberg m.fl., 2021), som undersöker samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård med huvudfokus på målgruppen äldre, visar att relationsskapet mellan aktörerna är gynnsamt för samverkansarbetet. Genom att hålla gemensamma möten kunde deltagarna lära känna varandra vid pauserna och bygga en personlig relation till de andra under mötena. Personliga relationer minskade klyftan professionerna sinsemellan, ökade förutsättningarna och underlättade för framtida samverkan.

Widmark m.fl. (2015) påvisar att interorganisatoriska samarbeten hämmas av negativa förväntningar och misstro gentemot samarbetsaktören. Studien undersöker målgrupperna skolan, BUP och socialtjänsten samt uppfattningen om varandra som samarbetsaktörer. Här uppvisas olika grader av tvivel och misstro mellan målgrupperna. Författarna belyser även att dålig kommunikation och bristande tydlighet i arbetsprocessen genererar ett skadligt samarbete. Kommunikationsbrist och otydlighet tas upp även som ett problem att behöva åtgärda i en studie av Edgren (2008). Resultatet framkom genom önskan att öka förståelsen för sjukvård och sociala hjälpinsatser, då främst i relation till de mer komplexa fallen vid samverkan. För att förbättra samarbeten har Hjortsjö (2006) lyft vikten av samlokalisering i sin avhandling, som fokuserar på samverkan inom familjecentralen. Avhandlingen går igenom 20 utvärderingar av verksamheter där samlokalisering av socialtjänst och hälso- och sjukvård finns. Resultatet visar att samlokalisering ökar förförståelsen för de separata organisatoriska aktörerna, men skapar även en möjlighet att sänka kommunikationsbarriärer och samtidigt förbättra effektiviseringen mellan de två aktörerna. Avhandlingen betonar dock att de separata aktörerna undviker att få för stor påverkan på ens egen verksamhet från andra samverkansaktörer. Detta talar för att det, trots samlokalisering, bildas avgränsningar mellan aktörens fysiska och kulturella domäner gentemot andra verksamheter. Hjortsjö (2006) slutsats är dock att samlokalisering i grunden minskar risken att samverkan mellan aktörerna ska hämmas av de åtskillnader och hinder som uppstår i det gemensamma arbetet.

Liljegren (2016) lägger tonvikt på värdet av en fungerande samverkan men finner i studien en otydlighet vid beslutsfattandet. För sitt resultat har Liljegren använt sig av intervjuer med åtta samverkansråd på högre chefsnivå. Rådsmedlemmarna är överens om att samverkan ska gynna klienten, men de uppvisar ambivalens och är oense om hur detta ska ske samt vem som

är beslutsfattaren. Många anser istället att samverkans fokus bör vara att etablera bättre relationer mellan verksamheter. Brist på delegation och mandat resulterar i att varje organisatoriskt hierarkiskt led förpassar ansvaret till en högre nivå. Medan en högre hierarkisk rådsmedlem har möjligheten att påverka organisationen och besluten har denne ofta ett generellt uppdrag. Denne har nödvändigtvis inte specialisering eller intresse för målgruppen ifråga. Samtidigt är en rådsmedlem med lägre hierarkisk rank och mindre inflytande på organisatoriska förändringar ofta en yrkesutövare med större intresse för, och högre kompetens om, målgruppen. Synen på det praktiska arbetet inom samverkan skiljer sig därför åt mellan de olika rådsmedlemmarna, vilket skapar oklarheter kring beslutsfattanden.

3.2.3. SIP-möten - En lagstadgad samverkansform

SIP-möten är en återkommande samverkansform inom den svenska välfärden samt socialtjänsten och därför blir denna samverkansform ett vanligare forskningsområde. En SIP-insats kan exempelvis handla om en individ som söker socialtjänstens tjänster för ekonomiska problem och har nyligen skrivits ut från akuten. Avsnittet kommer att behandla forskningen kring SIP-mötets hinder och utvecklingspotential.

Jones m.fl. (2022) förklarar att interorganisatoriska åtgärder och möten syftar till att med gemensamma medel och mål kunna hjälpa och stärka brukaren på lång sikt, där individens bästa både ska ligga som utgångspunkt och som slutmål. Enligt en studie av Matscheck och Piuva (2022) gäller då SIP-funktionen endast om någon av parterna bedömer att en sådan insats behövs samt om brukaren ger sitt godkännande att inleda processen. Studien, som handlar om SIP-möten och den integrerade vården för individer med psykisk ohälsa eller missbruk, utgår från en aktgranskning av 25 fall vid SIP-möten i Stockholmsområdet. Målet med SIP är att tydliggöra och dela upp ansvarstagandet mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänsten, delvis för att stärka brukarens egen delaktighet i beslutsfattandet. Författarna betonar dock att den svenska interorganisatoriska samverkan i form av SIP-möten är bristfällig. Resultatet landade på en låg till måttlig grad av samverkan mellan hälso- och sjukvården, brukaren och socialtjänsten. Detta leder i sin tur till att brukardelaktigheten sjunker. Brukarna upplever en bristande möjlighet att påverka planeringen av SIP-möten samt vid beslutsfattandet om stödinsatserna. Studien påvisar även att effektiviteten är begränsad, där läkaren exempelvis sällan närvarar, bland annat för samtal kring diagnos och medicin.

Representanter från socialtjänsten behövde även invänta bekräftelse från enhetschef eftersom de inte hade delegation att ta vissa beslut på plats. Matscheck och Piuva anser att detta skapar en obalans i den systematiska planeringen. Problematiken förstärks för SIP-möten när dokumentationen inte alltid följs upp. Det leder till otydligheter mellan parterna kring vad som är överenskommet och en konkretisering av långsiktiga planeringar lyser ofta med sin frånvaro.

Matscheck m.fl. (2019) undersöker journaler för 12 brukare med samsjuklighet, i sex olika kommuner i Sverige. Även här framkommer det att SIP-möten har osystematiskt, och ibland enbart, använts som dokumentationsunderlag för kortsiktiga beslut. Detta har lett till en utebliven långsiktig planering, där SIP-mötet saknar tydligt syfte. Vid närmare undersökning visar det sig att kommunikationen och samarbetet mellan de organisatoriska aktörerna som deltar i SIP-möten är låg. Författarna ifrågasätter därför den praktiska användningen av SIP-möten med förslag om ett alternativ, såsom kontinuerliga, multidisciplinära arbetslag.

Källmén och Elgán (2016) beskriver dock att ökad mängd SIP-möten leder till fler positiva följder för individen, men likaså att vissa framträdande barriärer som uppstår i mötet med samverkansaktören är kommunikationsbrist samt svag tydlighet i uppgiftsroller. Knutsson och Schön (2020), betonar även bristande tydlighet som en framstående risk. Studien baseras på åtta uppdelade workshops mellan brukare och socialarbetare för att ta reda på uppfattningen om SIP-möten, och möjliggörandet av bättre delad beslutsfattning. Studien fokuserar på det sociala arbetet för brukare med psykisk funktionsnedsättning. Här deltog 12 brukare och 17 socialarbetare. Samtliga socialarbetare hade en yrkesverksam roll med SIP-möten och behandling av psykisk funktionsnedsättning. Ett av de två resultaten som framkom i studien visar på att brukare upplever en känsla av tvång, samt bristande kontroll och inflytande vid SIP-mötet. Detta förstärks när brist på tydlighet sker från socialarbetaren. Bland de förslag om åtgärder som lades fram fanns önskemål om tydligare ramar och distinkta syften för SIP-möten. Önskemålen inkluderar även förbättrad flexibilitet hos socialarbetaren, både i förhållningssätt och tidsplanering. En viktig aspekt gäller behovet av förstärkt tillit i samarbetet mellan brukare och socialarbetare, vars bristfällighet i nuläget blir kontraproduktivt vid planeringsprocessen.

3.3. Makt - Aktörens inflytande på arenan för samverkan

Makt är som tidigare nämnts ett stort begrepp, och studiens tidigare forskning kommer därför lägga tyngdpunkt på dess påverkan på maktrelationer vid samverkans- och SIP-möten.

I en vetenskaplig artikel om maktdynamiken i samverkan lyfts frågan om den svenska socialarbetarens syn på brukarens möjlighet till delaktighet i SIP-möten (Matscheck & Piuva, 2021). Intervjuer med 20 socialarbetare inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården beskriver brukare med bland annat substansmissbruk. Studien visar att socialarbetaren önskar att brukaren blir mer delaktig i besluten, men vill samtidigt att brukare ska vara mer positivt inställda till de insatser som erbjuds. I kontrast till detta har Ek m.fl. (2017) genomfört en studie om samverkan och makt mellan socialtjänsten, BUP och skolan avseende barns skolfrånvaro. Resultatet påvisar att maktdynamiken är ojämn mellan de interorganisatoriska aktörerna. Studien består av 12 kvalitativa intervjuer i västra Sverige. Enligt studien råder ett starkt engagemang för brukaren inom de separata organisationerna men att det mellan samverkansaktörerna inte finns tillräckligt samlad förståelse för varandras uppdrag, en förståelse som skulle stärka samarbetet och minska risken för en obalanserad maktstruktur.

Detta överensstämmer med en avhandling av Blomqvist (2012) som undersökte samarbetet mellan familjeeheten, skolan, föräldrar och BUP gällande skolbarn med social och psykiatrisk problematik. Författaren observerade 42 fall inom BUP, där åtta ärenden valdes ut för vidare observation och kvalitativa intervjuer. Avhandlingen anmärkte bland annat samarbetssvårigheter vid gemensam delaktighet och under likvärdiga förhållanden. Skilda institutionella domäner och miljöer inom de olika aktörernas organisationer kan ha varit en ledande faktor enligt Blomqvist (2012). Detta ledde dock till att BUP, till skillnad från skolan och socialtjänst, blev mer oberoende i agerandet och beslutsfattningen, samt upplevde mer tillfredsställelse med rådande samarbete än övriga aktörer. Båda studierna visar att aktörernas gemensamma mål är tydliga, men att vägen dit hanteras olika. Därigenom uppstår det en tydlig men ojämn maktrelation, baserad på informella vertikala maktstrukturer vid samverkan. Maktpositionen utgår således, enligt båda studierna (Ek m.fl., 2017; Blomqvist, 2012), från anställda på BUP som ofta dominerar samtalen genom språkbruk och beslutsfattningar. Ek m.fl. (2017) hänvisar dessa dysfunktionella processer till bland annat begränsat handlingsutrymme för delegation, och till statuskillnader mellan disciplinerna. Även här

framläggs tankar om maktstrukturer i samverkan, då makt och mandat hänger ihop, samt att psykiatrin, främst läkaren, upplever motstridighet i arbetet med tvärvetenskapliga team.

I en kanadensisk studie har Ambrose-Miller och Ashcroft (2016) valt att granska socialarbetarens uppfattning om interprofessionella samarbeten mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i Ontario. Studiens deltagare, som består av lärare och studenter för socialt arbete samt verksamma inom socialt arbete, har genom fokusgrupper funnit sex teman för utmaningar vid samarbete med andra välfärdsaktörer. Bland de utmaningar som framkommer är en tydlig asymmetrisk maktrelation framträdande med vissa aktörer, såsom hälso- och sjukvården. De deltagare som är verksamma socialarbetare rapporterar att det fråntagits makt och inflytande när läkaren kom in till mötet, men dessutom där andra samarbetsaktörer öppet nedvärderar socialarbetarens yrkesroll och legitimitet. Upplevelsen att läkaren agerar styrande och ger ut instruktioner delas även av vissa deltagare i studien om socialarbetarens samarbete med primärvården (Kharicha m.fl., 2005). Här förtydligas en uppfattning om bristande förståelse från läkaren gentemot socialarbetarens arbetsuppgifter. I vissa fall där maktdynamiken med primärvården ansågs obalanserad valde socialarbetaren att be sin enhetschef om hjälp med ett beslut eller handling, vilket ofta gav önskad effekt. Enligt Ambrose-Miller och Ashcroft (2016) skapar en ojämn maktdynamik uppfattningen att socialarbetare alltid behöver bevisa och prestera mer än sina interorganisatoriska medaktörer. Denna uppfattning om den informella maktrelationen som existerar fick vissa deltagare att tvivla på sin egen yrkesrelaterade legitimitet och yrkesidentitet. Med en otydlig yrkesidentitet följer även en osäkerhet kring beslutsfattandet. Högre löner åt socialarbetare skulle, enligt deltagarna, vara en lösning för högre yrkesstatus och yrkesroller. Då både den organisatoriska och kulturella statusen för socialarbetaren är låg skulle detta jämna ut nämnda status i förhållande till övriga samarbetsaktörer. Resultatet visar likheter med studien som handlar om dysfunktionella och asymmetriska maktförhållanden (Dunér & Wolmesjö, 2015). Studien utgår från interprofessionella samarbeten mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten avseende ålderstigna brukare med funktionsnedsättningar, sett ur biståndshandläggarens perspektiv. Resultatet av en fokusgrupp med 40 deltagare ger stor vikt vid att samverkan för att ens eget arbete med brukaren ska bli lyckat. De upplever dock samtidigt att den egna professionella yrkesidentiteten blir otydlig i sammanhang som innebär flera olika yrkesroller, såsom både att representera brukaren, att fatta myndighetsbeslut och att vara planeringsansvarig. Flera av studiens deltagare anser att samarbetande arbetslag inom

samverkan, till skillnad från uppdelade och separata organisationsuppgifter, hade gynnat möjligheten att ta lärdom av varandra samt att gemensamt kunna nå målet.

4. Teorier

I detta avsnitt avhandlas de teoretiska utgångspunkterna för denna studie. Inledningsvis kommer *Contingency theory* följt av *Maktperspektiv utifrån Theory of Collaborative Advantages*. Dessa teorier har valts för studien då deras funktion stöttar en förklarande bild av både samverkan och av maktaspekten. Teorierna kompletterar varandra väl då ena teorin fokuserar på det organisatoriska och strukturella medan den andra teorin utgår från de mer informella strukturerna i den praktiska verksamheten vid samarbeten och samverkan. Kombinationen av teorierna skapar en bättre helhetsbild av samverkans olika dimensioner och bidrar till relevanta teoretiska begrepp för studien. Detta hjälper att teoretisera studiens innehåll för att kunna skapa en tydligare begreppsram som förklarar resultatet och vidgar perspektivet.

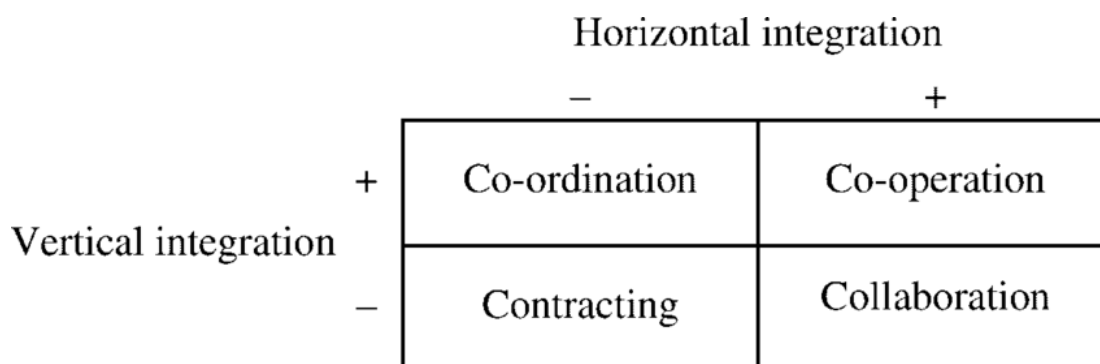
4.1. Contingency Theory

Contingency theory formuleras av Lawrence och Lorsch (1967) och syftar till kunskapen om hur organisationer integreras på ett effektivt sätt. Detta kan sammanfattas i två teoretiska begrepp: *differentiering* och *integrering*. Differentiering syftar till hur organisationer och yrkesutövare skiljer sig åt. Det kan vara arbetsuppgifter som skiljer sig mellan professioner och organisationer. Skillnader i kultur, värdegrund och handlingssätt inryms inom differentiering. Vid en låg grad av differentiering mellan organisationer räcker det med enklare former av samordning för att uppnå en tillfredsställande integrering. Organisationer som har högre grad av differentiering kräver mer resursintensiva former av integration för att uppnå samma grad av integrering (Lawrence & Lorsch, 1967; Axelsson & Bihari Axelsson, 2006, 2007, 2013).

Axelsson & Bihari Axelsson (2006) har vidareutvecklat Contingency theory och lyfter frågan att den moderna välfärdsstaten bidragit med specialisering samt en ökad differentiering bland organisationer. Detta ställer i sin tur krav på att en ökad integration av organisationerna för att undvika en fragmentering. *Fragmentering* beskrivs som när det råder hög differentiering utan

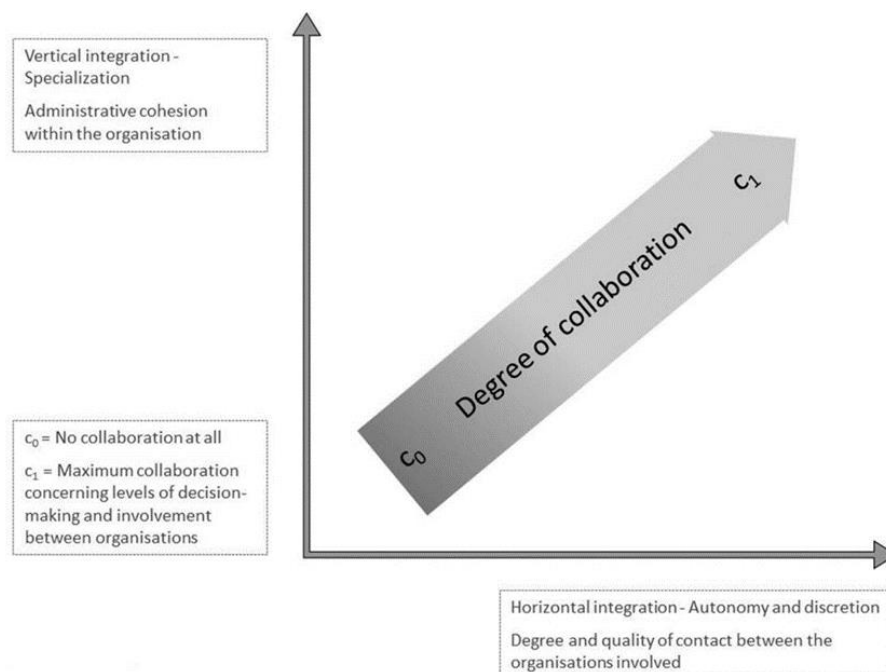
att det finns tillräcklig integrering som behövs för ett gott samarbete. Fragmentering leder till att effektiviteten och kvaliteten på samverkan försämras och benämns ofta som “integrationsproblem” och kännetecknas av glapp och ojämnheter i utförandet från välfärdsaktörer. Splittringen i välfärden gör att individer som är samsjukliga och behöver kontakt med flera aktörer inom välfärdsstaten “faller mellan stolarna”. Exempel på dessa aktörer kan vara: socialtjänst, hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen. Integration av dessa aktörer skapar en möjlighet att undvika en fragmentering och gynnar en gemensam planering kring individen i fråga. Integrering av olika organisationer kan utformas på flera sätt men de vanligaste inom välfärden är *nätverkssamarbeten*, där en gemensam hierarkisk organisation saknas. Detta kan ha både för- och nackdelar men kan kräva mer avancerade former av samarbeten för att lyckas med integreringen.

Integrering sker i två dimensioner; så kallade *vertikal integrering* och *horisontell integrering*. Vertikal integrering sker mellan organisationer på olika nivåer av en hierarkisk struktur. Horisontell integrering sker mellan organisationer som är på samma nivå i en hierarkisk struktur. De olika formerna av mellanorganisatorisk integration lägger olika betoning på vertikal och horisontell integration. Genom att kombinera dessa dimensioner så skapas en översikt över hur de fyra formerna av integration mellan olika organisationer sker. Dessa fyra former är *kontaktstyrning*, *samordning*, *samarbete* och *samverkan*. Bilden nedan är hämtad från Axelsson & Bihari Axelsson (2006) och är skriven på engelska, men visar hur dessa ser ut i modellen.



Figur 4.1. Konceptuellt schema över olika former av integreringar (Axelsson & Bihari Axelsson 2006)

Kontaktstyrning är en form av integration med liten vertikal och horisontell integrering. Integreringen sker genom kontrakt och förekommer mest inom organisationer på den privata marknaden. *Samordning* har hög grad av vertikal integrering och en låg grad av horisontell integrering. Denna typ förekommer främst när det finns en gemensam hierarki mellan organisationerna. Integrering bestäms på en högre nivå och utförs på en lägre nivå. *Samarbete* kännetecknas av hög horisontell integrering men låg grad av vertikal integrering. Denna form av integration är baserad på en vilja att arbeta tillsammans och genomförs ofta genom kontrakt och kan mynna ut i gränsöverskridande team. Den sista formen av integration är *samverkan*. Samverkan har en hög grad av horisontell och vertikal integrering. I denna integrationsform finns det en gemensam hierarkisk samordning. Samverkan likt samarbete kräver också att det finns en vilja att arbeta mellan organisationer och intensiv frivillig kontakt mellan organisationer. Samtliga fyra integrationsformer ökar möjligheten till effektiva lösningar för att integrera olika aktörer inom välfärden (Axelsson & Bihari Axelsson, 2006). Med stöd av modellen illustrerar Matscheck m.fl (2019) hur en högre grad av vertikal och horisontell ökar graden av samarbete.



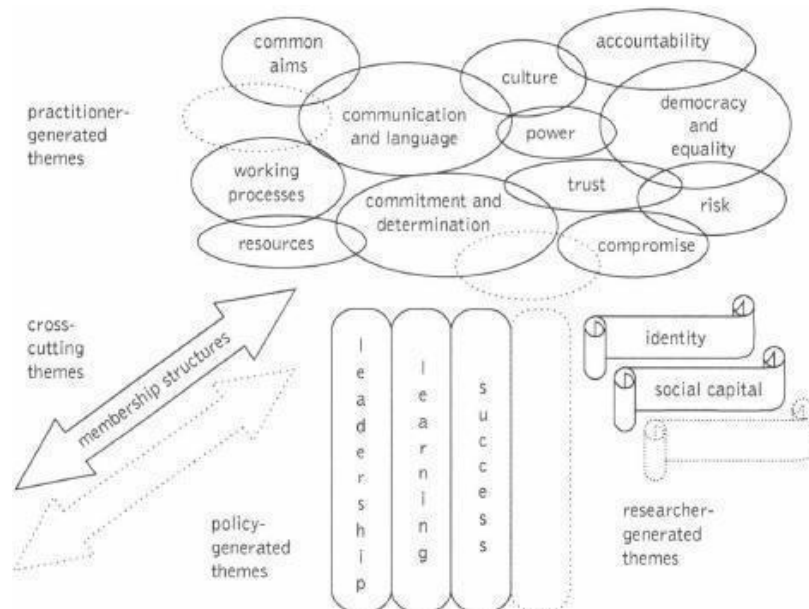
Figur 4.2. Modell för analys av samarbetsstruktur (Matscheck m.fl., 2019 - Adaptation från modell av Axelsson och Bihari Axelsson, 2006)

Detta teorival syftar till att skapa en begreppsmodell och större förståelse kring hur samverkan mellan organisationer ter sig. Genom att utgå från denna teori kan studien undersöka vilken samverkansnivå och hur integreringen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården uppfattas på en mikronivå.

4.2. Maktperspektiv utifrån Theory of Collaborative Advantages

Chris Huxham, tidigare professor i management hos Strathclyde University, har tillsammans med kollegan och docent för universitetet, Siv Vangen, skrivit boken *Managing to collaborate - The theory and practice of Collaborative Advantages* (2005) för att belysa de fördelar och svårigheter som finns vid mötet i interorganisatoriska samarbeten mellan organisationer. Collaborative advantages kan i direkt mening översättas till 'samarbetsfördelar'. Det engelska ordvalet kommer att användas i studien. Den praktiska teorin är epistemologisk, där syftet med litteraturen är att upplysa om relevant kunskap om samarbeten, oavsett yrkesbefattning, och bygga en hållbar plattform för samarbeten mellan olika aktörer och organisationer. Teorin bör enligt Huxham och Vangen (2005) grunda sig på praktisk interaktiv- och handlingsbaserad data men kan även inkorporeras och appliceras för förståelsen eller ifrågasättandet av en pågående samarbetsutveckling, som komplement till vidare upptäckter inom praktiskt samarbete. Syftet med teorin är dock att under samarbetsprocessen avkomplexifiera eventuella dilemman till att bli mer relaterbara för deltagaren samt att legitimera negativt kopplade känslor. Slutligen att ge empowerment till deltagaren till nya förhållningssätt för reflektiv hanterbarhet vid samarbetet.

Huxham och Vangen (2005) citerar en egen vetenskaplig artikel (Huxham & Vangen 2001) och nämner tio viktiga grundteman för hur ett praktiskt samarbete kan lyckas. Dessa teman är uppdelade i zoner som överlappar varandra och ingår tillsammans med andra tematiska uppdelningar i ett översiktligt schematiskt diagram. Diagrammet ämnar beskriva de omständigheter den praktiska utövaren står inför.



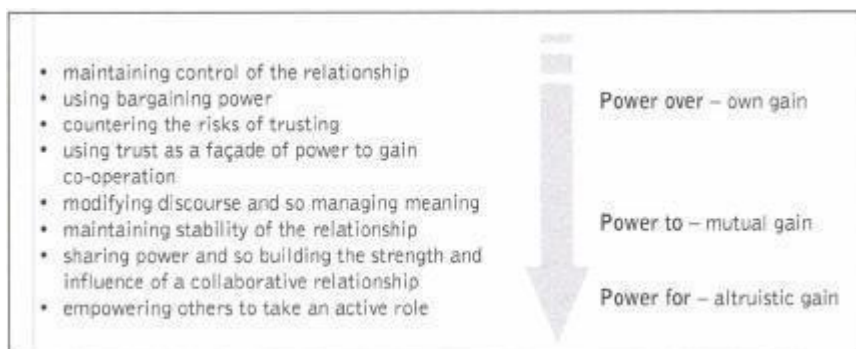
Figur 4.3. Diagram för ett översiktligt tematiskt och schematiskt diagram vid samarbetande praktik (Huxham, C. & Vangen, S., 2005)

De teman som kommer beröras i denna studie är: *Kommunikation och språkbruk, demokratiska och jämställda värderingar, tillit, kultur* samt *makt*. Utöver de tematiska zonerna finns även ett genomgående tema som implicit innehåller delaktigheten i ett samarbete: *Strukturellt medlemskap*. Teorins fokus handlar inte om att förklara maktbalanser, utan att förklara hur de med mindre makt som upplever dysfunktionella maktrelationer i samarbeten kan förbättra sin situation.

Denna studie lägger fokus på teorins maktperspektiv, och att upptäcka samband mellan studiens resultat samt det som föreligger i teorin. Huxham och Vangen (2005) förtydligar genom att beskriva att syftet med ett samarbete skiljer sig beroende på aktör och involvering. Själva syftets bakomliggande motiv delas upp i explicit, förväntat och dolt. I många fall bär samhällsaktörerna på olika dolda eller explicita motiv, fränsett det överenskomma samarbetet. Huxham och Vangen (2005) antyder att det dolda motivet baseras på bristande tillit, något de betonar är mer eller mindre ofrånkomligt vid alla samarbeten, även om målet med ett gott samarbete är att detta reduceras. Redan här skapas alltså en ojäm grund för samarbetet och kan leda till asymmetriska samverkansrelationer. Författarna lägger i ett utdrag från tidigare egen forskning (Huxham och Vangen, 2000) fram risken för tvetydighet hos samarbetspartners när det gäller medlemskap, roller, deltagande, representation och status. Det blir extra tydligt när komplexa, osäkra och flytande samarbeten sker. Detta kännetecknas av att aktörer får många olika roller i samarbetsprocessen, när plötsliga och återkommande

ändringar sker vid planeringen, eller när ständiga byten av deltagande personal uppstår. En del av teorins syfte är att öka deltagandet, medvetenheten om maktdynamiken samt stärka tilliten mellan aktörerna. En viss obalans i maktrelationer är dock svår att undvika trots ett förebyggande arbete.

Teorins maktperspektiv utgår från tre grundperspektiv: *Makt över*, *makt till* samt *makt för*.



Figur 4.4. Bild av maktperspektiv för praktiska teorin "Collaborative Advantages" vid samarbete (Huxham, C. & Vangen, S., 2005)

Makt över syftar på aktörens egna, subjektiva perspektiv och kretsar kring behovet av kontroll över samarbetet, men även vilken typ av makt och tillgångar aktören kan erhålla genom samarbetet. Perspektivet kan användas när tilliten är bräcklig eller när endera aktör sukter efter något den andre aktören innehar. *Makt till* fokuserar främst på gemensamma mål för att genom samarbetet nå en bättre effektivitet. Perspektivet rör sig ofta mellan perspektiven *makt över*- och *makt för*, och maktbalansen kan variera här. *Makt till* kan både innebära behovet att balansera jämbördigheten i samverkansrelationerna men likaså den tillåtna makten att ta för att förbättra samarbetet, det vill säga förstärka förmågan att åstadkomma något. *Makt för* har en altruistisk utgångspunkt, där målet innebär en gemensam maktstruktur och att ge ifrån sig makten för samarbetets kapacitetsbyggande av gemensamma motiv och mål. Detta resulterar i att gynna och förstärka samarbetet samt att skapa en egenmäktighet i arbetsrollen, som benämns *collaborative empowerment*. Enligt Huxham och Vangen ligger Collaborative Advantages oftast mellan *makt till* och *makt för* perspektiven, beroende på kontext och aktör. Denna studie utgår från de tre maktperspektiven i teorin för att belysa och upptäcka diverse potentiella maktrelationer i dynamiken mellan socialtjänst och psykiatri, sett ut respondenternas egna upplevelser.

5. Metodik

I detta avsnitt kommer studiens metodologiska utgångspunkter att avhandlas.

Inledningsvis redogörs studiens urval följt av den avgränsning som skett, detta för att enklare kunna konkretisera och definiera eventuell problematik som kan upptäckas under studiens resultat, liksom att effektivt möjliggöra studiens genomgång för att det bakomliggande arbetet inte blir för brett och komplext eller för generellt.

5.1. Urval och datainsamling

I detta avsnitt kommer studiens urval att behandlas. Deltagarna består av fem socialarbetare inom Storstockholmsområdet och samtliga är yrkesverksamma inom socialtjänsten med fokus på vuxna brukare med missbruksproblematik. Samverkansmöten och SIP-möten ingår i respondenternas arbetsuppgifter. Respondenterna består av två kvinnor och tre män. Åldrarna varierar mellan 25 och 45 års ålder och deras arbetslivserfarenhet kring målgruppen skiljer sig åt mellan två och tio år. Fyra av intervjuerna genomfördes på en förutbestämd fysisk plats. En intervju hölls via kommunikationsplattformen Zoom enligt deltagarens önskemål. Vissa respondenter har tidigare erfarenhet av samlokalisering med hälso- och sjukvård. Intervjuerna spelas in för att underlätta för transkriberingen och resultatet. De deltagande respondenter för studien är anonymiserade som har fingerade namn genom resultatdelen. Dessa påhittade namn är Viktor, Sanna, Erik, August och Helena och kommer att användas i de fall ett citat används. Respondenter har kontaktats via e-mail med ett bifogat informationsbrev där det framgår information om studien (se bilaga 1). Urvalet var ämnat att undersöka upplevelser av samverkan, främst med psykiatrin, hos yrkesverksamma socialarbetare på socialtjänsten som arbetar med samsjukliga klienter.

Studiens genomförande sker därför med socialarbetare genom semistrukturerade intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014), för att tematisera och kontextualisera deras erfarenhet av samverkan. Bryman (2018) belyser att semistrukturerade intervjuer ger forskare större möjligheter att undersöka perspektiv och tankar som inte är möjligt på samma sätt om en mer strukturerad metod används. Studien använder därför med fördel detta tillvägagångssätt med hänvisning till att frågor kan uppstå under intervjuprocessen. Studien använder sig av ett målstyrt urval Bryman (2018) belyser att det är en vanlig form av urval som används inom

kvalitativ forskning. Urvalet syftar till att välja ut individer som har kunskap inom de fält studiens forskningsfrågor förekommer.

5.2. Avgränsning

Avgränsningen av studiens respondenter syftar till att fånga rätt urval. Studien har i detta syfte valt att endast intervjua verksamma socialarbetare som arbetar med missbruksproblematik i Storstockholmsområdet på socialtjänsten. Genom att avgränsa denna grupp skapas förutsättningar för studien att besvara de utvalda frågeställningarna. Med denna avgränsning har andra yrkesverksamma socialarbetare valts bort. Avgränsningarna syftar även till ett geografiskt område, då studien använder avtalet mellan Stockholms kommuner och Region Stockholm som utgångspunkt. För att nå tolkningsbara resultat och möjligheten att dra slutsatser genomförs endast intervjuer på yrkesverksamma inom Storstockholmsområdet.

5.3. Analysmetod samt dess tillvägagångssätt

Metoden ämnar söka teman utifrån vad som sägs under intervjun, och finna dess betydelse i helhetens perspektiv. Detta blir extra viktigt när relevant data även kan sättas i en bredare kontext, såsom inom välfärdssystemet och i samverkansmöten. Därför kommer studien att använda en tematisk analysmetod. Metodiken är i grunden *epistemologisk*, och denna analysmetod kommer utgå från Braun och Clarke (2006). Epistemologi betyder i princip 'kunskapslära' och innebär inom vetenskapliga metodansatser att forskarens utgår från sökandet av kunskap, samt hur forskaren ser på kunskap i förhållande till fenomen (UR play, 2015; Stam, u.å.; Muelas Lobato, u.å.). Braun och Clarke (2006) belyser dock att analysmetoden ger utrymme för att processen ska kunna modifieras och anpassas efter studiens behov. Det finns således inte en robust mall för hur analysen måste se ut. Metodiken kan både utgå från en induktiv infallsvinkel såsom från teoretiska perspektiv. Analysmetoden ska genom semistrukturerade intervjuer inledas med *transkribering* av den verbala datan. Utan preciserad mall är minimikraven för transkriberingen att tydlighet och följdriktighet upprätthålls samtidigt som att transkriberingen är relativt ordagrann. Syftet är att korrekt och rättvist framställa informationen som delges. Nedan följer en förenklad beskrivning av analysprocessens sex steg.

Steg ett är att *bekanta* sig med datan. Här ska den empiriska datan först läsas igenom med noteringar. I steg två ska relevanta ord och meningar markeras genom *initial* kodning. Kodningen ska genomföras systematiskt genom texten. Det tredje steget är *sökandet* efter teman. Koderna grupperas tillsammans med andra som har gemensamma nämnare för att urskilja kategorier och teman. Steget kräver neutralitet och öppet sinne, men koder som blir irrelevanta för studien kan sållas bort. Tabeller och *mind-maps*, "tankekartor", kan användas för att gruppera koderna. Vid steg fyra, *översikt* av teman, formas en rangordning mellan generella teman. Här bestäms vilka teman som blir viktigast för studien samt hur de hör ihop. Tematiseringen sker genom att finna mönster i koder och kategorier samt genom att avgöra om temat blir en korrekt representation av kodernas data. I steg fem, *namnge* temat, ska det ske en noggrann benämning på teman som sammanfattar dess innehavande koder. Det sista steget, *skapandet* av resultat, innebär delvis att återberätta den data som framkommit i studien men delvis att analysera och argumentativt utvärdera resultatet.

Denna studie använder en teoretiskt deduktiv infallsvinkel, så trots en relativt öppen kodning är dock syftet med studien att finna koder som kan kopplas till de utvalda teorierna och den tidigare forskningen. Studien använder sig av en semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga 2) som en utgångspunkt för att ställa frågor. I intervjuguidens ingångsfas ställs bakgrundsfrågor för att skapa en betryggande upplevelse för respondenten. Resterande frågor är uppdelade i tre teman: *Samverkan*, *SIP-möte* och *Makt*. Alla intervjuer spelades in med diktafon för att underlätta en senare transkribering. Studien följer till stor del det metodiska tillvägagångssättet de ovannämnda sex stegen beskriver (Braun och Clarke, 2006). När transkriberingarna av intervjuerna färdigställts genomfördes en kodning. Kodningens utformning skedde genom tabeller. Dessa koder delades dock först in i *underkategorier* för att på rätt sätt samla ihop den mängd data som kom fram i texten. Koder som benämndes eller berördes fler än en gång tilldelades ett X och en siffra för antal gånger de benämndes. Nedan visas bild av en tabell för att delge en transparent insyn i hur studiens tematiska analys har genomförts:

Exempel på koder	Underkategorier	Kategorier	Teman
<ul style="list-style-type: none"> • Budgetkonflikt med sjukvården x13 • Svaga ekonomiska förutsättningar x23 • Svag budget ger svaga resurser och minskad personal x7 • Politikerna stramar åt budgeten x10 • Svag budget leder till "gatekeeping" och fränskjutande av ansvar x2 	<ul style="list-style-type: none"> • Avsaknad av gemensamma mål, synsätt, kunskap och arbetssätt • Ekonomiskt underskott inom välfärden • Byråkratiska och strukturella problem inom Socialtjänsten • Oenigheter i uppfattning av målgrupp 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturella hinder på meso- och makronivå för socialarbetare • Resursbrist i välfärden • Omfattande meningsskiljaktigheter mellan discipliner inom välfärden 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmenterad välfärd
<ul style="list-style-type: none"> • Hierarkiska skillnader mellan socialsekreterare och läkare x16 • Upplevelse av att läkaren kan allt bättre än andra x9 • Läkarens dikterande beteende x20 • Enskilda läkare upplevs som problematiska x6 • Socialarbetarens osäkerhet att tillrättavisa läkarens maktövertramp x4 	<ul style="list-style-type: none"> • Negativa känslor vid dålig samverkan • Avtrubbad makt inom Socialtjänsten • Upplevda skeenden av dysfunktionell maktodynamik med läkaren • Känsla av maktunderläge vid samverkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustration samt otydlighet för socialarbetaren vid roll- och maktsituationer • Socialarbetarens underlägsenhet genom strukturella och hierarkiska skillnader med sjukvården • Upplevelser om ojämn maktodynamik i den praktiska samverkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Maktrelationer inom samverkansmöten

Fetmarkerade syftar till att visa i vilka underkategorier och kategorier koderna har placerats i.

Tabell 5.1.

Med en stor mängd underkategorier har studien placerat dessa i kategorier, som har förts samman till fyra sammanfattande teman: *Brister i samverkan*, *Fragmenterad välfärd*, *Maktrelationer inom samverkansmöten* och *När samverkan fungerar*.

Dessa teman återfinns i kapitlet; Resultat.

Vid hänvisning till annat avsnitt i studiens text kommer understrykning av ord innebära länkar. Denna form av hänvisning gör sig även gällande för samtliga kapitel hädanefter

5.4. Studiens etiska utgångspunkt och behandling

I detta avsnitt avhandlas studiens etiska och moraliska utgångspunkter och huruvida studien behandlar känsliga personuppgifter. Studien har följt de GDPR-krav som gäller i enighet med Södertörns högskola (2022).

Studiens etiska utgångspunkt har följt Vetenskapsrådets rapport *God forskningssed* (2017) som behandlar etiska riktlinjer och överväganden utifrån många olika aspekter. Rapporten har åtta olika uppförandekrav som gäller för god forskningsetik, däribland att forskaren måste vara sanningsenlig med sin forskning såsom att redovisning och resultatet ska ske transparent. Studien följer samtliga uppförandekrav som gäller där dock vissa av dessa inte blir relevanta för denna studie, såsom kravet på redovisning av kommersiella intressen eller andra bindningar samt vid risk att skada djur och miljö. Studien har bibehållit ett etiskt och moraliskt ställningstagande, och i enlighet med *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) så undviker den risken att känsliga uppgifter delges samt att utsatta grupper felaktigt exponeras. Forskarna för studien är även väl medvetna om det ansvar som åligger en forskare, både i förhållande till rättvis bedömning av tidigare forskning såsom vid vikten att behålla ett så öppet och objektiva ställningstagande som möjligt. Den etiska aspekten avseende val av metod har övervägts där utgångspunkten är att transparent ge deltagaren ett tillräckligt öppet spelrum att navigera sina tankar och svar inom, något det metodiska valet skulle generera. Ett informationsbrev har delgetts respondenterna om deras rättigheter och möjligheter vid deltagandet (se Bilaga 1). De informerades i informationsbrevet samt i samband med intervjuerna om möjligheten att dra tillbaka sitt samtycke under hela processens gång. Studien tar utöver detta hänsyn till deltagarens sekretess- och tystnadsplikt, då främst genom att fokus landar på samverkan mellan interorganisatoriska aktörer och inte på brukarens situation eller utsatthet.

I syfte att genomföra en god forskningssed har studien dessutom förhållit sig till fyra förtydligande krav enligt en tidigare rapport (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa är: *Informationskravet, Samtyckeskravet, Konfidentialitetskravet* och *Nyttjandekravet*.

Informationskravet belyser vikten av att alla studiedeltagare ska informeras om vad deras uppgift samt vad deras syfte i en studie är. Det ska tydligt framgå att deltagarna frivilligt medverkar i en studie samt att de kan välja att avbryta sin medverkan under hela processen. Enligt Samtyckeskravet ska samtycke från alla studiens deltagare inhämtas för att säkerställa att de frivilligt medverkar i studien. Konfidentialitetskravet hänvisar till att forskare ska anonymisera och förvara känsliga personuppgifter på ett sätt som inte kan nås av någon utomstående. Risken för att individer ska kännas igen måste övervägas emot nytta som forskningen tillför. Nyttjandekravets huvudsakliga uppgift syftar till att den information som samlas in i studien endast ska användas till det som ämnas för studien. Forskare får inte utan vetskap av deltagarna dela med sig av personinformation till utomstående aktörer (Vetenskapsrådet, 2002).

5.5. Tillförlitlighet och äkthet

Inom kvantitativ forskning används ofta reliabilitet och validitet för att skapa en översikt kring kvaliteten av en forskningsstudie (Bryman, 2018). Inom kvalitativa forskning lyfter en del forskare istället tillförlitlighet och äkthet som likställda begrepp. Tillförlitligheten delas upp i fyra delkriterier som alla har en motsvarighet i den kvalitativa forskningen. Dessa fyra delkriterier är *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *en möjlighet att styrka och konfirmera*. Anledningen till denna skillnad är en övertygelse om att det inte existerar en unitär bild på den sociala verkligheten. *Trovärdighet* syftar till att forskningen följer de existerande reglerna och återkopplar resultaten till deltagare. Återkopplingen benämns som respondentvalidering. *Överförbarhet* betyder att forskningen beskriver detaljer om studien för att se om den kan tillämpas i annat syfte eller miljö. *Pålitlighet* är den direkta motsvarigheten till reliabilitet och innebär att det finns en tydlig redogörelse för alla delar i en studie. En möjlighet att *styrka och konfirmera* innebär att forskaren inte påverkar studien eller dess slutsatser med personliga åsikter eller teoretisk inriktning, utan att forskaren har agerat i god tro (Bryman, 2018).

Denna studie har följt de regler och riktlinjer som finns och har återkopplat resultatet till studiens respondenter, vad gäller överförbarhet är studiens målgrupp tydlig och kan genomföras i ett annat geografiskt område i syfte att se om ett liknande resultat kan uppnås. Detta innebär dock inte att studien är generaliserbar utan mer omfattande studieresultat, utan

visar istället på ett mönster som möjligen hade stämt in på framtida studier. Studien är tillförlitlig till följd av en tydlig redogörelse för studiens alla delar och bilagor som visar studiens alla processer. Studien har en deduktiv ingång och studiens författare har noggrant undvikit låta egna förutfattade meningar, värdering samt teoretiska uppfattningar påverka studiens utformning och resultat. Studien använder sig av ett neutralt språkbruk i förhållande till det som har delgivits av respondenterna.

Äkthet syftar till att ge en rättvis och korrekt bild av det insamlade materialet, så att det stämmer överens med deltagarnas uppfattning (Bryman, 2018). Studiens äkthet bevisas genom att resultatet har framställts på ett sätt där respondenternas perspektiv tagits i beaktande samt av citat från genomförda intervjuer.

6. Resultat

Nedan presenteras resultatet av fem intervjuer som sammanfattas med fyra olika teman. Varje tema kommer ha sin egen underrubrik i texten då det rymmer ett flertal olika kategorier och underkategorier, vilket representerar en sammanfattande förklaring av de koder som uppkom under intervjuerna. Resultatet förstärks med citat från respondenterna, som enbart kortas ned där utfyllnadsord eller upprepning sker. Majoriteten av studiens respondenter betonar att merparten av *samverkansmöten* de närvarar vid är *SIP-möten*, och de använder begreppen växelvis för att beskriva båda arbetssätten. För att undvika en upprepning av både samverkansmöten och SIP-möten har paraplybegreppet *samverkansmöten* stundtals använts i texten för att beskriva båda arbetssätten.

6.1. Brister i samverkan

Temat som först presenteras benämns som *Brister i samverkan*, då dessa koder kretsar kring de svårigheter som kan uppstå vid samverkansbehov. Det utgår från hur respondenterna upplever en stundtals rådande problematik med att få samverkan att fungera optimalt, trots att lagstiftning och riktlinjer talar för behovet. En av de punkter som belyses under intervjuerna är hur framträdande kommunikationssvårigheterna kan vara för att få till stånd en fungerande samverkan. Denna upplevelse gäller för nästan samtliga respondenter och en del av dem pekar

på att kommunikationsbristen även finns inom socialtjänsten. Synnerligen anmärkningsvärt är dock kommunikationsbristen med psykiatrin, där man kan behandla klienter med samsjuklighet i form av både missbruk och psykiska sjukdomar eller neuropsykiatriska diagnoser. För en majoritet av respondenterna är läkarna de som är mest komplicerade att kommunicera med då kontakten ofta sker via omvägar, genom sjuksköterskan, men även genom formella LVM-anmälningar vilket skapar frustration. Ett belysande exempel på detta är hur kommunikationen mellan psykiatrin och socialtjänsten inleds genom LVM-anmälningar på nyligen utskrivna patienter från psykiatriska vårdinrättningar. Nedan följer ett citat.

(...)Men det är klart läkarna är lurigast, det är också de som skickar iväg LVM-anmälningar. De går ju inte heller att få tag på, så när man ska ringa läkare och fråga, på vilka premisser de har skickat LVM-anmälan, (...) Det känns bara som att de gör det för att kunna hålla ryggen fri, för de vet ju att de skriver ut klienter i dåligt skick. (...) Men det är frustrerande när man inte kan få tag i läkaren då, eftersom man inte har några kontaktuppgifter till klienten, det blir väldigt såhär maktlöst, men man måste ändå ta ställning samma dag om man ska omhänderta personen, som man inte ens har pratat med... - Erik

I intervjuerna, där avsaknaden av en fungerande kommunikation beskrivs som ett problem i den praktiska samverkan, upplever en stor del av respondenterna att läkaren undviker sitt ansvar som delaktig i samverkan. Det sker dock meningsskiljaktigheter om varför. Vissa respondenter tror att det handlar om tids- och utrymmesbrist inom vården medan andra tror att det rör sig om ett uttryck för makt, något som skapar irritation hos respondenten. Ett typexempel om tidsaspekten är hur vissa respondenter noterar att läkaren uteblir vid anordnade SIP-möten.

*Jag tror att jag har, i alla fall minst ett sip-möte i veckan. Men där psykiatrin närvarar ... en gång i månaden kanske? ... dom duckar ju sån-, faktiskt sip-kallelser. ... Asså dom kommer inte. ...Men vad ska vi göra? *skratt* En avvikelse? (...) ducka remissen? Säga nej? ... det är klart man blir frustrerad men det är ju liksom (...) Det är inte så att det sitter någon ond psykiatriker på andra sidan, att dom är ju liksom skitpressade... - August*

Trots att nästan samtliga respondenter anser att samverkan och SIP-möten fungerar för det mesta blir det uppenbart att något som tar skada av denna kommunikationsbrist är tilliten och

tilltron till relationerna mellan de professionella aktörerna i en samverkan. Detta ter sig tydligt i socialarbetarnas uppfattning av sjukvårdens och psykiatrins agerande kring gemensamma klienter. En respondent nämner en händelse där psykiatrin ignorerar hens råd om att inte släppa ut en LPT-intagen brukare från den slutna psykiatriska vården. Resultatet blev att brukaren, i ett sinnesstånd av psykos, misshandlar en annan individ strax efter att brukaren släppts ut. Enligt respondenten hade detta inte skett om psykiatrin tog hens varning och yrkeskunnande på allvar. I gengäld har misstron mot socialarbetarens kunskande även lett till en bristande tillit till enskilda läkare och sjukvårdsinrättningar. Vissa läkare kan därför upplevas som oförmögna att förstå sig på övriga samverkansaktörer. Ett exempel är hur läkaren kan komma in till mötet och snabbt bedöma eller besluta om hur alla aktörer ska agera, utan en egentlig bakgrundskunskap om brukaren eller förståelse för situationen. Enligt respondenten som beskrev exemplet ledde ett sådant agerande till obekvämliga svårigheter för brukaren. Respondenterna tar upp att psykiatrin i vissa fall använder ett kulturellt språkbruk, ett organisatoriskt fackspråk med termer som är ovanliga inom socialtjänsten. Detta leder då till otydligheter och en svårighet att skapa en uppfattning om brukarens psykiatriska problematik. Några av respondenterna behövde därför fråga kollegor, eller på egen hand söka fram information om dessa termer efter att samverkansmötet avslutats.

Enligt respondenterna uppstår det en frånvaro av flexibilitet, och orealistiskt höga exkluderingskrav från psykiatrin. Detta gör både att övriga aktörer måste anpassa sig efter psykiatrin och sjukvårdens tidsscheman, samt att samtidiga insatser för den samsjukliga brukaren ofta inte blir av. Här beskriver respondenterna att denna samtidiga vårdinsats är väsentlig för brukarens egna möjligheter för att få hjälp. Nolltolerans mot missbruk inom psykiatrin leder dock till att hjälpen istället uteblir. Detta är en ståndpunkt alla intervjuade respondenter tar upp, något som problematiseras av samtliga. Nedan följer ett par citat.

(...) Det är ju ett krav för att få igenom en utredning, att man ska ha varit drogfri, i... kanske i några månader. (...) då sätter det stopp (...) och så började dom liksom med amfetamin sen 11-13 års ålder och det är liksom ingen chans att dom ska kunna klara av att vara drogfria idag, 3 månader för att kunna få en neuro-, liksom en diagnos. (...) för att fortsätta få sin adhd-medicin ...det är en klassiker skulle jag vilja säga... - Sanna

...Det är nån som återfaller, (...) så hänvisar man ju då personen bort från sin psykiatriska mottagning, för att få hjälp med dom bitarna. ...det kan ju låta bra (...) men i praktiken blir det ju

kanske oftare att man avslutar en person, sen då egentligen säga liksom att 'när du har styrt upp ditt missbruk är du välkommen tillbaka' och så sitter du där omedicinerad och ska ta tag i ditt missbruk. Dina förutsättningar minskar ju drastiskt och där hamnar vi ofta i ett- en dispyt där psykiatrin kanske hänvisar till att det här är alltså en tung beroendeproblematik... - August

Psykiatrin är kvar i det gamla ... att man kan inte få hjälp av psykiatrin egentligen innan man har en dokumenterad missbruksfri period, som kanske är månader till och med år (...) Så vi har olika syn på missbruk kan man säga, de [psykiatrin] menar på att det går inte att behandla en person i missbruk och vi [socialtjänsten] menar på att det går inte att bli fri från ett missbruk innan man behandlar den psykiska ohälsan (...) och det gör att våra klienter inte får hjälp för det som egentligen utlöst hela missbruks episoden -Erik

Målgruppen är på många sätt svårhanterlig och komplex, vilket bidrar till en försvårad samverkan. Den är enligt respondenterna flyktig, otålig och svårnådd. Detta leder till svårigheter att skapa allianser med målgruppen, och socialarbetarens möjligheter att lyckas bibehålla en långvarig och fungerande allians med brukaren. Exempelvis är brukarens telefon ofta trasig eller såld. Det är svårt att få brukare med samsjuklighet att komma i tid till möten, att kunna dyka upp på möten eller ha tålamodet att vänta på de långsamma processer som sker inom socialtjänsten, för att få till stånd en insats. Därför hänger mycket på hur de övriga aktörerna visar förståelse för socialarbetarens arbetsroll och arbetsuppgifter. Respondenterna upplever sig annars behöva inta fler arbetsroller och ansvarsuppdrag än först planerat vilket drar fokus från brukarens faktiska behov. När det gäller brukarens anpassningskrav till psykiatrins tidsschema, upplevs det inte vara ovanligt att psykiatrin på egen hand kan avboka ett möte efter fem minuters försening för brukaren. Detta blir extra problematiskt då den komplexa målgruppen har en tendens att ofta bli försenad. Kombinationen av ovanligt svårnådd målgrupp och psykiatrins ovilja till flexibilitet leder enligt respondenterna till att möten uteblir, där en respondent säger att cirka hälften av mötena avbokas. Denna brist i flexibiliteten är frustrerande för socialarbetaren, om än förståelig. De hade hellre sett att psykiatrin anpassade sig efter brukaren, snarare än att kräva brukarens anpassning till psykiatrins snäva tidsramar.

Samtliga respondenter anser att en dysfunktionell samverkan ofta är individbaserad och hämmar brukarens möjligheter att få den hjälp som behövs. Ett förhastat beslut kan få allvarliga konsekvenser för brukaren. Ett exempel som återkommer senare i texten i form av

citat är en händelse där en moder som återfallit i missbruk får bedömningen, direkt på SIP-mötet, att behöva placeras på behandlingshem av en ny läkare. Detta skulle innebära att brukaren hade behövt ge upp sitt liv som hon har kämpat för att bygga upp. Scenarion likt dessa uppstår stundtals vid försöken till god samverkan. För socialarbetaren blir det frustrerande när parter uppvisar bristande insyn och förståelse för varandra och för målgruppen. Flera av respondenterna reflekterar över om frustrationen troligtvis delas av psykiatrin och sjukvården gentemot socialtjänsten. Vissa respondenter anser att även om samverkansmöten kan ge önskat resultat, är SIP-möten inte nödvändiga för alla brukare. Enligt dem hänger mycket på vem brukaren är och vilken läkare som sitter på andra sidan bordet. Här framgår det däremot en rådande konsensus om att sämre relationer och allianser mellan parterna leder till sämre kommunikation och bristande förståelse för varandra.

6.2. Fragmenterad välfärd

I intervjuerna framkommer en upplevelse av stor distans mellan professionella som arbetar inom välfärdssektorn. Det saknas en tydlig samsyn kring vilken behandling som målgruppen behöver. Detta tydliggjordes av flera respondenter som beskrev hur främst psykiatrin använde nykterhet som ett krav för behandling av psykiatriska sjukdomar och psykisk ohälsa. En faktor som många upplevde som frustrerande i arbetet med samsjukliga klienter. En upplevelse av att psykiatrin har en förlegad syn på hur missbruk ska behandlas återfinns även hos majoriteten av respondenterna. En bristande samsyn uppkommer från skilda logiker och perspektiv inom aktörer i samverkan. Detta tydliggörs genom ett citat från Viktor.

Vi jobbar ju med samma typ av målgrupp och individer fast vi har olika logiker, olika synsätt. Vi har ju mer ett socialt perspektiv, de har ett mer medicinskt perspektiv och det där skiljer sig jättemycket vad jag har upplevt i alla fall... hur pass man förstår varandras uppdrag och hur pass man kan samverka utifrån det. -Viktor

Frustrationen grundar sig enligt vissa respondenter i en avsaknad av en gemensam förståelse för vad som förväntas av de olika professionella aktörerna inom samverkan. Otydligheten enligt flertalet respondenter grundar sig i en bristande förståelse för olika arbetsuppgifter, hur de utförs och vilka strukturella förutsättningar professionella aktörer har. I möten med psykiatrin upplever vissa respondenter att det saknas en grundläggande förståelse för

socialtjänstens arbetssätt, detta skapar en frustration från psykiatrin kring, hur trögflytande socialtjänsten kan vara, men även kring de bedömningar som görs av socialarbetaren. Det framkommer i samtliga intervjuer att det råder en tydlig dikotomi mentalitet mellan samverkansaktörer. Respondenterna beskriver en avsaknad av en tydlig “vi-känsla” mellan socialtjänsten och sjukvården, främst psykiatrin. Här uppfattas exempelvis istället vuxenheten på socialtjänsten som “vi” och psykiatrin som “dem”, samt en upplevelse om att den uppfattningen är ömsesidig. Några respondenter var helt medvetna om den uppfattningen, medan i andra fall var detta inte något uttalat, utan kom istället tydligt fram genom ordvalen vid transkriberingen. Detta är som mest framstående när respondenter beskriver samverkan med psykiatrin. De beskriver hur samtalet blir dikterande och handlar om vilka insatser de olika aktörerna kan erbjuda. Istället för att se alla samverkanspartners som en gemensam skara aktörer som samlats för att gemensamt hjälpa en klient. Respondenterna beskriver dock att det finns undantag, och aktörer som omfattas i “vi-känslan”. Detta kommer att återkomma under temat; När samverkan fungerar.

Ekonomiska förutsättningar lyfts av en del respondenter som faktorer som påverkar samverkan, och att välfärdsaktörer saknar tillräckliga ekonomiska resurser för att kunna skapa långsiktighet i planering av behandling av individer. Det behövs även en förbättrad arbetsmiljö, flera medarbetare och bättre insatser för klienter. Ekonomiska resurser lyfts fram av en del respondenter som en ständig orsak till konflikter, stress och felaktiga klient insatser. Konflikterna mellan aktörer benämns av vissa respondenter som en kamp över betalningsansvar mellan exempelvis socialtjänst och psykiatri. Detta leder i vissa fall till en upplevelse att klienter faller mellan stolar och inte får de insatser som de är berättigade till. Ett fenomen som vissa respondenter benämner som “gatekeeping”. Att organisationer, eller avdelningar inom samma organisation, försvårar möjligheten att klienter får tillgång till insatser och behandling med hänvisning till ekonomiska förutsättningar. En lösning på denna problematik som lyfts av några respondenter är att både psykiatrin och socialtjänstens insatser skulle ske under samma budget. Ett citat från Erik beskriver hans upplevelse hur klienter påverkas av de ekonomiska förutsättningarna som råder.

De insatserna vi i såna fall skulle kunna ha, de får vi inte igenom, för att de är för dyra för vår budget och då blir det i slutändan att klienten drabbas ju jättemycket av det här. Den kastas fram och tillbaka och bjuds på misslyckande efter misslyckande och det blir ju otroligt dumt också rent långsiktigt. -Erik

Lagar, riktlinjer och överenskommelser styr samverkan, men trots detta faktum beskriver de flesta respondenterna att de uppfattas som otydliga. Otydliga formuleringar i riktlinjer och överenskommelser leder till att det skapas ett tolkningsutrymme som skapar osäkerhet kring vem som har ansvar. Det genererar även osäkerhet kring vilka arbetsuppgifter och arbetsroller som faller på vilken aktör samt skapar svårigheter för samverkan till följd av dessa hinder. Ett flertal av studiens respondenter nämner ett behov av att utföra arbetsuppgifter utöver arbetsuppdrag som egentligen gäller utifrån samverkan. Respondenterna August och Sanna beskriver exempel på hur dagens välfärdssystem skapar stundtals uppseendeväckande situationer, till följd av en specialisering och fragmentering hos de olika aktörerna inom samverkan.

*...Det blir ju krångligare då... För individen. Och även tror jag för oss, för det blir ju så himla nischat nu... Då kan det bli till slut att de sitter med 6 olika mottagningar och såhär 4 soc-enheter... Så sitter det där 20 pers *skratt* till slut på, på det där SIP-mötet...Det är helt knäppt ju *skratt* För EN person.... För alla bara, "Vi gör den här lilla biten" (...) det blir ju skevt liksom - August*

Vi är väl lite specialiserade, vi har en som jobbar med ekonomi och en som jobbar med missbruket och kanske nån har socialpsykiatrisk kontakt och sen några andra har kontakter inom sjukvården, och så är det plötsligt 15 personer man ska ha kontakt med. Däremellan är det att man... (...) ska ha kontakt med varandra, och vi ska kunna synka med ekonomi (...) Jag tänker att det är ett problem. - Sanna

Det tydliggörs av en del respondenter att det även råder skilda synsätt och frustration inom socialtjänsten. Detta förklaras av respondenterna genom att socionomutbildningen enbart är en generalistutbildning som grund, och att när man väl kommer ut i arbetet så får man specialistkunskaper genom de fragmenterade yrkesrollerna. Därför finns det enligt respondenterna alldeles för olika förståelser och grundläggande kunskaper för målgrupperna. På en individnivå kan det skapa svårigheter att ha en förståelse kring målgruppen med samsjuklighet. Beroendeproblematik är fortsatt stigmatiserat, ett faktum som lyfts av flertalet av studiens respondenter. Individer med beroendeproblematik exkluderas ofta från andra delar av socialtjänsten med hänvisning till deras missbruk. Ekonomiska konflikter uppdragas även här då olika enheter kan hamna under olika budgetar.

Vissa respondenter beskriver även skillnaderna i organisationsstrukturen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Sjukvården beskrivs ha en mer hierarkiskt styrd organisation där läkaren är vana att självständigt ta beslut, och dikterar vad sjuksköterskan ska göra. Flertalet respondenter beskriver socialtjänsten som en plattare organisation i jämförelse med hälso- och sjukvården. Det leder stundtals till konflikter i samverkan då socialarbetare kan uppleva att det inte finns samma utrymme till att diskutera frågor som inom socialtjänsten. Avslutningsvis följer ett citat från Helena, som beskriver denna svårighet.

Det är inte bara status eller tidsbrist bara , nej. Utan som läkare ÄR man högst i hierarkin inom sjukvården. (...) det genomsyrar ju allt samarbete också.... [Läkare är] vana att ta ansvar, beslutsfattande OCH är högst i hierarkin. Så det... det är inte för att vara dumma, utan dom är ju lärda, dom är så vana att ta det ansvaret så dom gör ju det. Så det är ganska svårt att... ibland göra sin röst hörd då - Helena

6.3. Maktrelationer inom samverkansmöten

Maktdynamiken som kan existera i samverkanssituationer upplevs olika av respondenterna. Erfarenheten baseras på vad för sorts yrkesutövare, men också vilken individ de ska samarbeta med. Vissa respondenter lägger fram den praktiska upplevelsen av maktstrukturen, medan somliga fokuserar på de känslor som uppstår. En del respondenter hänvisar till att detta inte påverkar deras egna handlingsutrymmen och möjligheter. En stor majoritet av respondenterna medger dock att de kan känna av den maktstruktur som uppstår. De flesta av dessa är överens om att det främst kretsar kring psykiatrin, med betoning på läkaren. Nedan följer två citat vid frågan om vilka samverkanspartners som är svårare att samverka med, och i så fall varför respondenten upplever detta.

*...Jag tycker väl det funkar överlag ganska bra. För det mesta. ... Det är ändå väl väldigt tydligt att det är en läkare, och en överläkare eller... ”psykiatriker” *fniss* , ehh.. och så, som har sista ordet. Så att den här diskussionen om att det finns olika hierarkier och sådär inom-, med sjukvård och socialt arbete, som så, tycker jag ändå att det märks lite, sådär. Men det är väldigt personbundet och liksom... - Sanna*

...Och så läkare bara för att dom är (...) alltid experter på alla områden, ... dom tror att dom alltid har bäst koll på saker om ting. ‘Vet’ vad personen behöver... [Läkaren] Kan sitta på ett

Samverkansmöte och säga, 'Personen behöver ett behandlingshem', utan att tänka så mycket mer (...)
De är liksom vana att kunna bestämma och styra lite själva. Och då kommer en annan profession som
inte svarar under dem, och säger liksom 'Nej' bara... så blir det nog ofta en krock (...) ...det blir ofta
såhär med lite nedsättande ton. - August

Vissa socialarbetare hänvisar till skillnaden i utbildningsgrad, samt de historiska statusskillnaderna, mellan dessa två discipliner och yrken. En samverkan bör utgå från ett horisontellt perspektiv, och det upplevs krocka med den hierarkiska ordningen. Även om detta kan uppfattas starkare hos vissa hur maktförhållanden och inflytande fungerar, då det beror på individbaserade egenskaper, belyses här en upplevelse av underlägsenhet i hierarkin.

Det är ju också det här att läkare är ju så upptagna. Dom är ju 'fina' liksom. Dom har ju 'bra utbildning'. ... Det är ju en sån här hierarki som är baserad på utbildningsgrad liksom, det... det går ju inte att komma runt. För den sitter ju i allas medvetande. Även om man såklart inte pratar om det, men det är ju helt klart en förväntan liksom... - Erik

Enligt en majoritet av respondenterna blir det en kulturell skillnad mellan disciplinerna, mellan läkare och socialarbetare. Vid intervjuerna nämner vissa respondenter att socialt arbete som skola och yrke är en diffus och tvärvetenskaplig disciplin, medan läkarens yrke istället baserat sig på mätbar evidensbaserad och naturvetenskaplig disciplin. Yrket har historiskt alltid haft en större påverkan och högre inflytande. Detta gäller både utbildningsmässigt såsom i den sociala och ekonomiska statusen, där en respondent beskrev att "vit rock" alltid väger tyngst. Denna upplevda maktskillnad, och hierarkiska funktion, inom samverkan leder även till att flera av de respondenter som intervjuats erkänner att de har backat till förmån för läkarens tolkningsföreträde och hamnar lätt i en undergiven position för att bli mer tillmötesgående till läkaren. Både för att undvika konflikter under samverkans- och SIP-möten inför klienten, såsom för att bibehålla en viss professionalism i yrkesrollen vid samverkan. Vissa av dessa respondenter har med lätthet accepterat en konformitet som uppstår och ser denna ojämna maktrelation som något relativt hanterbart. Andra upplever en svårighet att manövrera denna konstanta maktkamp mellan de olika professionerna, där en frustration och irritation gentemot vissa psykiatrimottagningar och vissa läkare framkommer. Skeendet skapar inget uttalat ifrågasättande av egen yrkesbaserad legitimitet, men det skapar enligt några respondenter en osäkerhet kring deras faktiska arbetsuppdrag. Vissa respondenter nämner risk för reproduktion av den dysfunktionella maktbalansen. Några la fram hur detta

blir mer hanterbart vid mer erfarenhet och trygghet i sin kunskap om ens eget handlingsutrymme och tolkningsutrymme. En följd av det ovanstående är dessutom respondenternas uppfattningar att bedömningar dikteras av den styrande läkaren, och nedan läggs två sådana exempel fram.

...En gång blev jag liksom utskickad under mötet för att den här läkaren skulle göra någon form utav anamnes[rapport av patientens sjukdomshistoria]. Jag stod utanför i 20 minuter och bara..... 'Vad fan är det här liksom?' (...) Det var jag som tillkallade det, därför personen (...) ...hade misstänkt psykosproblematik. Så det är klart jag ska inkludera psykiatrin då... Och då var det en ny läkare[ovanstående läkaren]. Jag kommer ihåg att det första hon frågar mig, det var såhär: 'Har du upplevt att den här personen haft vanföreställningar?'. Framför honom liksom. Och jag tänker att hon var mycket väl medveten om att han inte ville prata om det och att det var känsligt liksom. (...) Jag upplevde det som klumpigt. ... Så jag förstod inte vad syftet med det var, om hon ville liksom skapa en allians med den här personen på min bekostnad (...) det blev konstigt... - Viktor

...Den här klienten har då också vart på det här psykiatriska mottagningen i massa år, och gått skitbra i livet liksom, ehh... och så återfallit. (...) Och då säger den hära läkaren , som har träffat personen i tjugo minuter (...) "Jag gör bedömningen att personen behöver behandlingshem". (...) Hon[brukaren] har liksom sina barn här, sin familj här, egen lägenhet här, har bort hela sitt liv här... fått sina sl-, psykiatriska problematik som hon får hjälp med här. Och hen[läkaren] har ju nu gått igång skitmycket på att det istället är ... det är DÄR hjälpen finns. På behandlingshemmet. Att läkaren gör en bedömning... (...) Men hen [läkaren] har precis träffat personen i bara 20 minuter ... Jag kan ju direkt se att det är klart att det vore kanon om vi kunde få det att funka HÄR, där hon har hela sitt liv, sitt lilla BARN! Vad ska vi göra av det? (...) Men då tog jag läkaren, efter mötet och sa, 'Jag tycker det är jätte-oproffsig att säga detta på ett SIP-möte inför klienten. Det är heller inte ni som beviljar behandlingshem, det är lite som att jag skulle säga att personen behöver just den HÄR medicinen NU'. - August

Dessa citat är liknande i beskrivningen av svårigheter avseende maktdynamiken med läkaren, men det som skiljer sig är reaktionerna. I samtalet med Viktor berättade han om en upplevd maktlöshet och en form av skam inför klienten. Händelsen var något han heller inte sa ifrån om utan valde att hålla inne för att inte förstöra alliansen, för att senare lyfta händelsen till kollegorna. I Augusts fall skedde även där ett tydligt maktövertramp men som sedan avvärdades med vald konfrontation efter mötet, vilket gav önskat resultat. Övriga respondenter hade liknande erfarenheter, men dessa två skildes mest i hanteringen av situationen. Vissa

respondenter tydliggör hur upplevelser som dessa genererar negativa känslor hos socialarbetare kring deras yrkesroll. Nedan följer en respondents beskrivning.

Jag har ju massa kollegor som har varit helt förstörda efter SIP'ar eftersom de har känt sig som påhoppade liksom (...) Ofta läkaren liksom. Och att det blir så förnedrande när klienten också sitter där. Att det förstör ju hela alliansen liksom (...) Jag menar, en del har ju fått höra 'Men hur tänker du?!', såna här saker liksom... 'Men herregud! Hur kan du göra så mot en annan människa?!' (...) Det måste ju vara fruktansvärt... Framför allt när man sitter där helt ensam liksom... - Erik

Sammantaget anser merparten av respondenterna att det generellt sett fungerar väl i samverkan. Det blir dock tydligt att den ömsesidiga respekten och förståelsen för varandra lätt försvinner när psykiatrin, eller ofta läkaren, tar makten och kommandot. Detta upplevs ytterligare förstärka den redan otydliga yrkesrollen socialarbetarna har i samverkan, speciellt när de, rent hierarkiskt, inte har samma status i sitt yrke som en läkare har inom sitt yrkesfält. Flera respondenter påstår att det i ett sådant fall skapas en osäkerhet kring hur andra aktörer ser på ens yrkesroll. En socialarbetare förväntas att behöva åta sig fler arbetsuppgifter än uppdraget innebär, och att agera *spindeln i nätet* är vanligt. Denna upplevelse skiljer sig dock mellan respondenterna. Vissa finner sig i situationen som mångsysslare, medan andra hade önskat mer rättvisa rolluppgifter. Flera av de intervjuade har utöver detta dessutom en uppfattning att socialtjänstens struktur ger en dålig förutsättning för att lyckas få en jämn och gynnsam maktdynamik i samverkan. Här belyses bland annat utebliven delegation och socialpolitik som hinder, vilket leder till en förminskad makt under samverkansmötet i jämförelse med läkaren som har egen beslutsrätt. För att skapa bättre balans i samverkan, höja möjligheten till direkta insatser, samt reducera en skadlig relation till vissa dominanta läkare beskrev en respondent behovet av en biträdande enhetschef vid nästa samverkansmöte. Det upplevs som ofrånkomligt för de flesta respondenter att utan en delegation blir socialtjänsten något avtrubbad vid samverkan, till skillnad från en beslutsfattande läkare. Dessa respondenter betonar hur den "pott", den budget, som ges till socialtjänsten och till avdelningen är för liten. Samtidigt är deras egna enhetschefer rädda att överstiga budgeten, vilket leder till en begränsad delegation och minskar socialarbetarens valmöjligheter under samverkansmöten och SIP-möten. En av respondenterna lägger fram att detta blir en form av reproduktion av chefernas rädsla att förlora ämbetet, genom att säga ifrån när socialtjänstens

budget stramas åt. Respondenten nämner att chefer på andra myndigheter, såsom polisen och kriminalvården, är betydligt mer ljudliga om sina ekonomiska behov.

6.4. När samverkan fungerar

Temat har sin utgångspunkt i de positiva aspekterna av samverkan som lyfts av studiens respondenter. En viktig aspekt samtliga respondenter valde att berätta om var att majoriteten av samverkan fungerar och gynnar klienter. Många av respondenterna anser att det är omöjligt att kunna samla insatser, resurser och expertis kring en klient utan att samverka och att i nästan alla fall så sker det utan problematik. Majoriteten av respondenterna anser därför att samverkan som funktion är nödvändig för att hjälpa målgruppen med samsjuklighet, men att samverkan är beroende av att det finns en genuin vilja att både hjälpa brukaren såsom att samarbeta kring det. Detta eftersom målgruppen är beroende av samtidiga insatser från olika välfärdsaktörer. Majoriteten av respondenterna anser att hälso- och sjukvården har en bra grundinställning gentemot brukare, men inte alltid samma önskvärda förhållningssätt vid samarbetet med socialtjänsten. En fungerande samverkan beskrivs som en känsla av att det inte är individuella aktörer i en splittrad välfärd utan kännetecknas av en känsla att alla drar åt samma håll och behåller klientens bästa i fokus. Genom att skapa en "Vi-känsla" så skapas förutsättningar för en djupare samverkan och gemensam respekt för varandras arbetsätt och arbetsuppgifter. En gemensam syn på målgruppen är också av vikt enligt ett flertal av respondenterna. Denna samsyn menar en del av respondenterna ska präglas av "harm-reduction", ett tankesätt där skademinimering och ett säkert användande av narkotika och alkohol prioriteras över nykterhet.

Goda personliga egenskaper för samverkan förklaras av en majoritet av studiens respondenter som en grundläggande gynnande faktor för att samverkan ska lyckas. En entusiasm för målgruppen, social kompetens och en positiv inställning till att skapa förutsättningarna för samverkan. Genom att uppnå en förståelse för varandras arbetsuppgifter så menar en del respondenter att det går att undvika frustration som annars lätt uppstår i mötet med en annan aktör. Detta blir tydligt när vissa respondenter beskrev andra aktörer som de uppfattade som enklare att samverka med. En majoritet av respondenter nämner öppen och god kommunikation som en viktig del i en god samverkan. Att öppet kunna diskutera och hålla en dialog kring klientens bästa utan att det blir dikterande skapar förutsättningar för en

samverkan. De flesta respondenter beskriver jämlikhet och känslan av att alla parter har möjlighet att påverka beslutsfattningen som gynnande för samverkan. Enligt respondenterna kan det leda till bättre relationer mellan de organisatoriska aktörerna. Detta skapar möjligheten för aktörerna att se samverkanspartnern som en egen kollega. Ett exempel som respondenterna tar upp är känslan av att känna igen en samverkanspartner även utanför arbetet. Att genuint kunna hälsa på varandra och umgås, eller att kunna ta en kafferast ihop när mötet är över, och kunna prata om annat än brukaren. Önskemålen skiljer sig från upplevelsen i dagsläget då hälsningar sker mer pliktskyldigt för att bevara arbetsrelationen, men att kontakten sällan sker personligt. Majoriteten av respondenternas önskemål är att uppnå detta arbetsklimat inom samverkan. Detta kan enligt dem öka möjligheten för bättre uppfattning av samverkanspartnern som person. Erfarenhet och relationsskapande mellan aktörer skapar en samverkan som gynnar både klienter och aktörer.

Det blir inte så sexigt svar kanske med det blir liksom att när man har haft samma handläggare, samma läkare och sjuksyrra under flera år, asså SIP-möte var tredje månad under flera år. Det är liksom långsamt och långsamt, att ha jobbat mot samma sak, prövat olika saker, inte gett upp... och att personen då landat liksom till slut i en... aa men, värdigare liv, en hållbar situation, tak över huvudet, en fungerande liksom medicinering... eh... där vi många gånger under resans gång skulle kunna ha anklagat varandra för att göra för lite eller gör fel saker (...) Men att man har haft tålmod, stått ut och har respekt för varann och fortsätta liksom att jobba och att pröva (...) ...men vi och beroendevården är lite... Vi står lite på samma sida där, för att det är inte som att dom har en magisk ingång till psykiatrin. Öhh... men jag tror att skulle det finnas en till sån part vid bordet liksom, psykiatriparten, och vara med på den resan... det vore liksom drömmen -August

Apropå relationellt, ju längre man jobbar och får relationer till olika människor som man har att göra med kring klienten och så... då blir det ju också, lättare... att ses och prata. Aa, det är ju viktigt. Att ha en och annan gemensam frukostmöte. Det är ju jätteviktigt. Vi är ju människor. Det är så man skapar tillit, att man ser varann och förstår hur den andra tänker -Helena

Samtliga respondenter lyfter samlokalisering som en lösning för att skapa närmare arbetsrelationer mellan samverkanspartners. Vissa respondenter hade närliggande samverkanspartners och uppgav att det skapade en närmare kontakt och en större samsyn kring målgruppen samt en förhöjd förståelse för varandras arbetsuppgifter. Att ha en kännedom om vem de samverkar med, förenklar för klienterna genom att kunna samla flera

insatser på samma fysiska plats. En samlokalisering beskrivs även underlätta kommunikationen genom att kunna skapa en personlig relation med samverkansaktörer. Genom en personlig relation uppger vissa respondenter att det är enklare att förbise misstag och andra händelser som annars hade skapat frustration.

...Det är svårare att vara arg på någon som där man har ett ansikte, där man känner till liksom lite grann bakgrund, vem det är, vad det är för person. Det är lättare att vara arg på nån där rösten bara hörs i telefon, eller ett namn man bara ser på ett dokument, en signatur liksom. -Erik

Alla respondenter lyfter önskemål om hur framtidens samverkan ska ske. Vissa respondenter lyfter ett multidisciplinärt team som en lösning. Detta i syfte att minska ekonomiska konflikter och bidra till snabbare och mer effektiva lösningar för klienter. En större flexibilitet för klienter beskrivs av en majoritet av studiens respondenter som en lösning, i syfte att erbjuda fler drop-in tider till klienter för psykiatrisk vård. Här lyfts även behovet av en större förståelse för svårigheter målgruppen har såsom att passa tider och inte avsluta behandlingar till följd av återfall eller aktivt missbruk. Målgruppen skulle då få större tillgång till vård som anses nödvändig av studiens respondenter. Ett citat från Sanna beskriver hur detta skulle kunna se ut i praktiken:

*Man måste kunna ha en enorm flexibilitet och så, liksom, 'kanske man behöver vänta en halvtimme'. Det går ju liksom inte, när fem minuter har gått; 'Nää, då får vi boka om'. Så funkar det ju inte riktigt med våra *skratt* klienter... ehm, så att... det är svårt, tänker jag. -Sanna*

Utökade ekonomiska resurser benämns som ett önskemål från flera av studiens respondenter. Om det fanns större resurser skulle en lösning kunna vara att chefer inom socialtjänsten skulle kunna närvara och ansvara i större utsträckning än i dagsläget vid samverkans- och SIP-mötena. Detta då cheferna ofta har mer delegation än socialarbetaren. Respondenterna som har lyft denna fråga har dock full förståelse för att enhetschefen inte alltid har möjligheten och tiden i dagsläget, då denne redan har ett tillräckligt pressat schema. Ett annat önskemål handlar om utökad delegation för socialarbetare. Med en ökad delegation kan den individuella yrkesutövaren ta beslut för klientens bästa på ett mer effektivt sätt, och således minska frustrationen från andra samverkanspartners som anser att socialtjänstens processer inte är tillräckligt snabba. En lösning som belyses är gemensamma utbildningar eller workshops

mellan socialarbetare och vårdpersonal för att öka kunskap, förståelse och skapa relationer. Ett citat från Viktor beskriver önskan om detta:

Allt som rör fortbildning är bra, det skulle kunna handla om workshops liksom. Alltså vårdpersonal och tjänstemän träffas över en-två workshops där man kan bena ut de olika faktorerna för att liksom förstå varandra bättre och sen det kommer alltid vara så att (...) man har de här idealtyperna hur det ska vara och sen har man verkligheten liksom. - Viktor

Slutligen lyfts ett önskemål av majoriteten av respondenterna om samtidiga insatser vid beroende och psykisk ohälsa. Något samtliga respondenterna beskriver som en rekommendation enligt dagens riktlinjer. Trots detta uppger flertalet att det inte sker, med hänvisning till att en individ i missbruk inte kan utredas för psykisk ohälsa.

Även ny forskning menar på att för att bli fri från ett missbruk så måste man ha liksom, både insatser mot missbruket och mot den psykiska ohälsa eftersom att det är så många som missbrukar just p.g.a. att de har psykisk ohälsa... -Erik

Citatet ovan understryker denna förhoppning för målgruppen. Ett flertal respondenter uttrycker en stark önskan om en förändring i framtiden i samband med implementeringen av samsjuklighetsutredningens betänkande. Sammanfattningsvis visar studiens resultat att respondenterna upplever samverkan som en grundläggande del av socialarbetares yrkesutövning, till följd av den komplexa målgruppen med starka behov från flera aktörer. Denna samverkan uppfattas av respondenterna än mer väsentlig på grund av att välfärden upplevs uppstyckad och fragmenterad. Enligt en majoritet av respondenterna kan samverkan med vissa förändringar utformas till en mer gynnsam process med fokus på klientens bästa.

7. Analys

I detta avsnitt kommer resultatet att analyseras utifrån studiens teoretiska utgångspunkter. Analysen kommer att delas upp i underkategorierna *Samverkan -lösningen eller ett komplement?* och *Den ofrånkomliga faktorn - när maktröller får fäste*

7.1. Samverkan - lösningen eller ett komplement?

I Contingency theory lyfts integration som en viktig faktor för att samverkan ska fungera (Lawrence & Lorsch, 1967; Axelsson & Bihari Axelsson, 2006). I studiens resultat framkommer det att integrationen mellan socialtjänsten och psykiatrin inte alltid sker som önskat. Det är två olika organisationer som har olika förutsättningar, budgetar och arbetsätt. Differentiering mellan de två organisationerna är betydande och försvåra samverkan. Exempel på detta är synsätten på klienten som upplevs skilja sig åt mellan socialtjänsten och psykiatrin. Resultatet visar skillnader i arbetsätt, språkbruk samt förhållningssättet gentemot brukaren som samverkansmötet inte lyckats kompensera för. Detta kan ses som en form av kulturell och värdegrundad skillnad mellan disciplinerna och organisationerna. Språkbruket nämns som en faktor som ökar differentiering, där socialarbetaren förväntas förstå medicinskt fackspråk. Axelsson & Bihari Axelsson (2006) lyfter faktumet att välfärdssektorn är mer specialiserad och splittrad. Detta stämmer överens med studiens resultat som visar att respondenter stundtals upplever komiska situationer när en klient har behov av flera insatser samtidigt och varje person endast gör en specifik arbetsuppgift. Fragmenteringen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården lyfts i resultatet. Splittringen leder till integrationsproblem mellan socialtjänst och psykiatri, där ansvar för insatser, kostnadsansvar och felaktiga insatser för klienter blir resultatet. Enligt studiens resultat upplever socialarbetare en känsla av att deras klienter "faller mellan stolarna" till följd av denna specialisering, vilket ofta skapar en frustration och känsla av uppgivelse.

I studiens resultat framkommer det att det finns en asymmetrisk horisontell integration till följd av en vertikal integration som kännetecknas av läkares hierarkiska position inom sin organisation. Trots försök att minimera läkares vertikala position framkommer det svårigheter för socialarbetare att bemöta denna asymmetriska integration. Det lyfts lösningar på detta i resultatet, en ökad delegation för den individuella socialarbetaren, eller möjlighet att ha en chef närvarande vid samverkansmöten och SIP-möten för att öka den vertikala integrationen från socialtjänsten. Den horisontella integreringen möter svårigheter till följd av att studiens respondenter upplever ett varierat intresse av att samverka med socialtjänsten. Resultatet visar att socialarbetare upplever att vissa läkare endast är kapabla att uppnå *samordning*. Detta kommer från läkares vana att delegera, styra samtal och att vara i en ledande roll. Detta leder i vissa fall till att socialarbetare väljer att underordna sig i syfte att bevara alliansen till klienten och läkaren, samt att uppnå klientens bästa. Detta tydliggörs i

citater från Viktor i avsnitt 6.3. Maktrelationer inom samverkansmöten som beskriver en situation där en läkare väljer att skicka ut honom ur rummet och genomföra en undersökning istället. Läkaren i detta specifika fall använder sin vertikala position för att utifrån Viktors perspektiv hindra en horisontell integration. Enligt Helena sker detta sällan med flit för att underminera socialarbetaren, utan ligger snarare i att läkaren är alldeles för van vid sin ledande och styrande roll inom sjukvården. Flera respondenter uppvisar en irritation mot dessa företeelser, men pekar ändå på en förståelse för både tidspressen inom sjukvården samt psykiatrien och för läkarens ovana och att ha tolkningsföreträdet.

I de flesta fall som tas upp av studiens respondenter upplevs istället *samverkan*. Läkaren väljer då medvetet att åsidosätta sin vertikala ställning, i form av ledande roll inom eget arbetsområde, och istället medverka i en dialog. Läkare lyfter då in socialarbetares åsikter, bedömningar och yrkeserfarenheter. Det agerandet kan tolkas som ett sätt att jämma ut skillnaderna mellan yrkena, till förmån för en stabilare samverkan för klientens bästa. Detta leder i de flesta tillfällen till en bättre och mer gynnsam samverkan och minskad frustration kring den svaga vertikala integrationen mellan organisationerna.

Integreringen av socialtjänsten och hälso- och sjukvården sker enligt studiens resultat genom riktlinjer, överenskommelser och lagar. Men dessa uppfattas av yrkesverksamma som otydliga och skapar oönskade tolkningsutrymmen. Tolkningsutrymmet leder till än mer bristande tydlighet i själva mötet vid samverkan, såsom vid SIP-möten. Här betonas istället behovet att aktörerna kan se på riktlinjer, klienten och arbetsuppgifterna på samma sätt. Studiens resultat lyfter exempelvis en önskan om ett gemensamt icke-hierarkiskt styre mellan samverkansaktörer för ökad integrering, ett så kallat multidisciplinärt team. Även om läkare kan inta en styrande roll inom multidisciplinära team uppger respondenterna att arbetsformen skulle minska risken för detta och underlätta för en god samverkan. En integreringsform som benämns som *samarbete* (Axelsson & Bihari Axelsson, 2006). Vissa av studiens respondenter belyser samtidigt samlokalisering som ett sätt att öka den horisontella integrationen. En samlokalisering kan bidra till att minska fragmenteringen och skapa förutsättningar som gynnar enkla mellanorganisatoriska integrationsformer.

Sammanfattningsvis så visar studiens resultat på brister till följd av hög differentiering. Detta leder i sin tur till en låg vertikal och horisontell integration inom samverkan och en

fragmentering i välfärdssamhället. Resultatet enligt en majoritet av studiens respondenter är att klientens behov riskerar att förbises och sätts sekundärt till samverkansproblematiken.

7.2. Den ofrånkomliga faktorn - När maktröller får fäste

Samtliga respondenter upplever en tydlig struktur i maktdynamiken. Ur maktperspektivet enligt the Theory of Collaborative Advantages (Huxham och Vangen 2005) kan detta tolkas som en asymmetrisk maktdynamik. Detta är en riskfaktor som enligt [Figur 4.3.](#) kan påverka de närliggande tematiska zonerna till *makt: Kultur, kommunikation och språkbruk, demokratiska och jämställda värderingar* samt *tillit*. Dessa teman kan i sin tur ge ringar på vattnet och påverka närliggande tematiska zoner som överlappas. När en dålig samverkan kan kopplas till maktaspekter berörs även omliggande tematiska zoner, ofta samtliga av dem. Enligt flera respondenter råder det en kulturell-, ekonomisk- och social statusskillnad mellan olika discipliner, främst mellan socialarbetaren och läkaren. Inte enbart när de opererar inom skilda områden av välfärden, utan vid själva samverkansmötet och SIP-mötet. Detta är dock något vissa respondenter kan finna sig i. När distanseringen mellan yrkena istället blir en skadlig faktor handlar det om att statusskillnader i kombination med andra riskfaktorer inom närliggande tematiska zoner påverkar maktbalansen. Ett exempel på detta är, i avsnittet [Brister i samverkan](#), där Erik beskriver avsaknaden av en direkt kommunikation med psykiatrin, vilket genererar en maktlöshet för socialarbetaren. Enskilda läkare och psykiatrin använder sig av ett medikaliserat fackspråk. Detta tillsammans med skilda organisatoriska och kulturella disciplinerna riskeras det att leda till kommunikationssvårigheter och ojämna maktrelationer vid det fysiska samverkansmötet, såsom SIP-möten.

Med den tematiska zonen *makt* blir det tydligt att de professionella parterna inom samverkan har olika tillvägagångssätt vid sin hantering av den makt de äger. Enligt [Figur 4.4.](#) finns det tre former av makthandlingar. Huxham och Vangen (2005) betonar att de bästa formerna av samarbeten sker när båda parterna använder sig av *makt till*, varvat med *makt för* vid behov. Respondenterna beskriver att de ofta befinner sig i en maktrelaterad underordning. De beskriver att vissa läkare arbetar med samma hierarkiska utgångspunkt inom samverkansprocessen som vid utövande av sitt separata yrkesområde inom sjukvården. En odemokratisk arena skapas där läkaren dikterar och styr, medan socialarbetaren tyst tar emot eller i bästa fall vågar säga ifrån. Typexempel på detta återfinns i citaten av respondenterna

Viktor och August, under avsnittet Maktrelationer inom samverkansmöten. Vare sig hen är medveten eller omedveten om sin handling har respektive läkare på egen hand tagit sig rättigheten att bestämma över respondenten. Denna asymmetriska dynamik förstärker en bristande tillit till varandra som professioner. Fall som dessa kan leda till otydliga yrkesroller och ansvarstaganden, där en frånvaro av balanserad maktdynamik blir eftereffekten. Huxham och Vangen (2000) belyser detta problem vid mer komplexa samarbeten. Detta stämmer in på respondenternas målgrupp, som beskrivs som flyktig och svårhanterlig. Enligt teorin består förebyggande arbete i att alltid adressera de maktbaserade spelrum som existerar. I resultatet lyser detta dock med sin frånvaro, vilket leder till tydliga konflikter eller ett accepterande av den rådande maktdynamiken.

I avsnittet Fragmenterad välfärd omnämns en dikotomi mellan socialarbetare och psykiatri, vilket ses som naturligt för respondenterna då samverkande parter tillhör skilda sektioner eller organisationer. Detta skapar dock problem i praktiken när samverkan kräver förståelse för varandras arbetsroller samt ett gränsöverskridande ansvarstagande. Appliceras här teorins genomgående tema *strukturellt medlemskap*, som inbegriper deltagandet, visas bristfällighet och i bästa fall reservation när samverkan inte fungerar. Denna omfattande tematiska funktion påverkar samtliga tematiska zoner, och ökar friktionen när angränsande zoner lider av ett dysfunktionellt tema vid samverkan. Enligt resultatet är det inte ovanligt att socialarbetaren tar på sig rollen som mångsysslaren utöver arbetsuppdraget, samtidigt som denne ska företräda brukaren gentemot psykiatrin. En trygg förankring till yrkesrollen stärker självkänslan och bidrar till att markera socialarbetarens ansvarsområde. En majoritet av respondenterna känner sig manade att använda maktperspektivet *makt för*, till förmån för brukarens bästa, men även för att inte ständigt ta strid mot psykiatrin eller läkaren och att bibehålla professionalismen. *Makt för* är som tidigare nämnts mer altruistiskt och utgår från tankesättet att ge ifrån sin makt för andras skull. Detta handlar i praktiken om att tillåta att samverkan influeras av läkarens hierarkiska struktur, för att själv kunna stärka en långvarig allians med brukaren utifrån de förutsättningar som spelplanen tillåter. Till skillnad från de intervjuade upplevs istället vissa läkare använda *makt över*, vilket beskrivs med former av maktövertramp i resultatavsnittet. När ena samverkansparten tar för sig av makten, som enligt bland annat Prop.2012/13:77 i grunden är tänkt att fördelas jämligt mellan samtliga aktörer, uppstår friktion dem emellan. Även om maktens fördelning kan förändras då socialarbetarens målgrupp har olika stora behov från olika aktörer så skiljer sig detta från *makt över*, vilket

används genom att ta för sig av makten utan samverkanspartners medgivande. Enligt respondenterna resulterar detta i en upplevelse av frustration och maktlöshet.

Användningen av *makt över* är dock individbaserad samt beroende på vårdinrättning. De flesta läkare upplevs av respondenterna trots allt ha en god förmåga att ge ifrån sig sin hierarkiska makt för gynnandet av en god samverkan. Det sker genom en *makt till*. Det handlar om att ge ifrån sig begränsad, men tillräcklig makt för att jämna ut spelplanens utrymme vid samverkan. Agerandet skapar därigenom ett mer demokratiskt, öppet och jämlikt samarbete. Vissa respondenter har själva uppvisat användningen av *makt över* i de fall en samverkan har brutit på grund av att läkaren har varit för dominant eller upplevts som oflexibel i samarbetet. En lösning har beskrivits där enhetschefen deltagit vid infekterade SIP-möten. Maktdynamiken har då förändrats eftersom socialarbetaren ytterst sällan har beslutsdelegation. Detta tillvägagångssätt är dock inte vanligt, då enhetscheferna endast i mindre omfattning har den möjligheten att medverka.

En hälsosam samverkan utifrån ett maktperspektiv sker enligt *makt till*, enligt resultatet, från både socialarbetaren och andra aktörer. När samtliga parter delar på makten och har en öppen och tålmodig dialog, blir det tydligt att en samverkan fungerar som önskat för alla samverkansaktörer. Tilliten och relationen med samverkanspartner stärks i sådana fall över tid. Ett exempel på detta är i avsnittet När samverkan fungerar där respondenten August beskriver en fungerande samverkan med beroendevården, som bygger på att de har en ömsesidig förståelse och respekt för varandra. August betonar behovet av god kommunikation samt det uthålliga tålamodet och önskar att psykiatrin kunde delta i samma form av samverkan, en åsikt och önskan som samtliga respondenterna delar.

Den sammantagna analysen utifrån maktperspektivet av Theory of Collaborative Advantages är att det ofta råder en maktdynamik vid samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten och att det ibland uppstår ojämna maktrelationer. En välfungerande och hög grad av samverkan kräver ett samförstånd om vilka spelregler som gäller för aktörerna på arenan. Spelregler behöver kommuniceras och förtydligas för att undvika risken för friktion och dysfunktionella maktrelationer. Detta gäller oavsett om psykiatrin eller läkaren tillåts ta makten från socialarbetaren eller om ingången till samverkan sker på demokratiskt jämna villkor. En gemensam respekt för varandras yrkeskunskaper kan i sådant fall genomsyra samverkan. När

detta inte har fungerat har det däremot blivit tydligt vilka roller inom maktperspektivet de olika aktörerna intagit, samt vilka tematiska zoner inom teorin som har blivit mest påverkade och skadade när maktdynamiken är infekterad och dysfunktionell.

8. Avslutande diskussion

Avsnittet behandlar studiens resultat med stöd av tidigare forskning, för att sedan diskutera studiens begränsningar. Sist läggs en summering av studien fram och en konklusion med reflektioner presenteras.

8.1. Diskussion kring studien utifrån tidigare forskning

Mycket av studiens resultat överensstämmer med tidigare forskning. Studiens resultat belyser vikten av en fungerande kommunikation mellan aktörer som samverkar. Likt tidigare forskning visar studiens resultat att det finns en kommunikationsbrist mellan aktörerna (Matscheck m.fl., 2019; Källmén & Elgán, 2016; Liljegren, 2016; Edgren, 2008; Kharicha m.fl., 2005; Lailani & Marshall, 2020; Widmark m.fl., 2015; Klingemann m.fl., 2020). Kommunikation som sker via omvägar bidrar till att samverkan hämmar klientens behov, och leder till kommunikationsbrist, frustration och sämre relationer mellan aktörer. Ett tydligt exempel beskrivs i Brister i samverkan. Respondenter upplevde att kontakt med läkare ofta skedde via annan sjukvårdspersonal och för vissa genom anmälningar, såsom LVM-anmälningar, istället för i direktkontakt med socialarbetaren. En del respondenter upplever detta som ett sätt för dessa läkare att tvinga socialtjänsten att agera, istället för att ha öppen kommunikation kring klienten i fråga. Även om läkare ofta ansågs svårnådda uppfattades bemötandet olika, där vissa respondenter accepterade det medan de flesta blev frustrerade. Detta sätter dock tonen för kommunikationen mellan socialtjänsten och psykiatrin. Den präglas av bristande förståelse för varandra, vare sig det handlar om tidsbrist eller ovilja att utföra uppgifter utöver arbetsuppdraget för att hjälpa klienten.

Respondenterna efterfrågar en öppnare dialog och rakare kommunikation. Betoning på god kommunikation som framgångsfaktor är något som även lyfts i den tidigare forskningen (Saint-Pierre m.fl., 2018; Schot m.fl., 2020; Klingemann m.fl., 2020). Öppnare

kommunikation hade inte bara gynnat brukarens möjligheter till bättre hjälp och stöd, utan även främjat kontakten mellan samverkansaktörerna. Något som hade bidragit till en bättre kontakt, då flera respondenter upplevde en “vi”- och “dem”-känsla inom samverkan. En starkare känsla av samhörighet kan skapas genom gemensamma utbildningar. Önskan om workshops och gemensamma utbildningar framförs av flera respondenter. Hallberg m.fl. (2021) lyfter att gemensamma möten minskar klyftorna mellan professionella som träffas oftare och att relationerna mellan aktörer förbättras, vilket skapar ett relationsbyggande. Gemensamma utbildningar och workshops får dessutom stöd av Lailani och Marshall (2020). Merparten av respondenterna förtydligar att ett önskemål om framtida förändringar vore en öppnare kommunikation genom träffar utanför samverkansmötet. Här betonas ett behov av att knyta starkare kontakter, såsom med gemensamma kaffepauser, för att på så sätt kunna skapa en personlig uppfattning om den andra professionella aktören. I de fall respondenterna upplever att relationsbyggandet och kontakten mellan aktörer är hälsosamt och respektfullt har de uppfattat att alla samverkansaktörer fått medverka i beslutsfattandet på ett demokratiskt och rättvist sätt. Detta återfinns i avsnittet När samverkan fungerar. Respondenternas behov av ett starkare relationsbyggande och en närmare kontakt till sina samverkanspartners får medhåll av flera tidigare studier (Mossberg, 2018; De Leo m.fl., 2023; Hesjedal m.fl., 2015; Hallberg m.fl., 2021). När relationen stärks ökar möjligheten att kunna förstå den andra parten och att kunna nå en gemensam samsyn kring klienten. Relationer kan därmed vara en framgångsfaktor för att lösa en bristande samsyn mellan socialtjänsten och psykiatrin. En bättre relation till samverkanspartnern kan således även skapa en djupare förståelse för de andra aktörernas arbetsuppgifter, arbetssätt och strukturella förutsättningar som finns kring organisationerna. Respondenterna betonar att om förståelsen förbättrades skulle samtidiga insatser möjliggöras. Önskan om större förståelse är något Ek m.fl. (2017) och Kharicha m.fl. (2005) berör i respektive artiklar.

Studiens respondenter lyfter multidisciplinära team som alternativt arbetssätt. Respondenterna anser att detta skulle minska oenigheten kring betalningsansvaret, samtidigt som det skulle möjliggöra en effektivisering av beslutsfattandet om brukaren. Dunér och Wolmesjö (2015) nämner ett exempel på hur arbete kring komplexa klienter skulle kunna effektiviseras och förbättras, en komplexitet som stämmer överens med respondenternas målgrupp. Multidisciplinära team och interprofessionella arbetslag belyses även av fler studier som ett gynnsamt arbetssätt (Matscheck m.fl., 2019; Saint-Pierre m.fl., 2018; Klingemann m.fl.,

2020; Lailani & Marshall, 2020; Hesjedal m.fl., 2015). Respondenterna efterfrågar en önskan om mer kontinuitet i samverkan. Ett citat från August beskriver detta ingående i avsnittet När samverkan fungerar. Detta stämmer väl överens med den tidigare forskningen om kontinuerliga arbetssätt, där samma arbetslag skapar trygga framgångsfaktorer för klienten samt för samverkan genom personalkontinuitet (Klingemann m.fl., 2020; Lailani & Marshall, 2020). En kontinuitet i arbetslaget kan även inträffa vid en samlokalisering. Detta lyfts dessutom som en potentiell lösning från flera av studiens respondenter. Vissa respondenter ser fördelar med samlokalisering för snabbare insatser, närmare relationer och mindre upplevd distans mellan organisationerna. Detta skulle även underlätta i klientarbetet genom att samla alla aktörer på samma fysiska plats, även om det skulle kräva vissa förändringar i logistik och organisation. De respondenter med erfarenhet av samlokalisering uppgav att det gynnade samverkan, förbättrade relationen mellan aktörer och skapade en större samsyn kring målgruppen. Detta ligger i linje med noterad forskning (Hjortsjö, 2006; Saint-Pierre m.fl., 2018; Lailani och Marshall 2020; Kharicha m.fl., 2005).

Goda personegenskaper lyfts av studiens respondenter som framgångsfaktorer för en god samverkan. Respondenterna tar upp att individbaserade relationer och egenskaper spelar en viktig roll för samverkan. Att yrkesverksamma går in i ett samverkansmöte med öppenhet och förståelse för andra är av vikt enligt studiens respondenter. Respondenterna exemplifierar tålamod, positivt engagemang och viljan att samarbeta som viktiga egenskaper vid en lyckad samverkan. Delar av den tidigare forskningen pekar på liknande svar. Det rör sig om en stark vilja till att samarbeta, både med brukaren som med samarbetspartnern, samt ett gott och smittsamt engagemang (Schot m.fl., 2020; De Leo m.fl., 2023; Hesjedal m.fl., 2015). För att möjliggöra detta behövs tydligare ramar och ansvarsområden så att risken för missförstånd eller misstro minskar. I Bristen i samverkan benämns otydliga uppdrag och roller, där en majoritet av respondenterna upplever sig behöva utföra fler uppgifter än uppdraget består av. Vissa finner sig i detta, men det är ändå en riskfaktor då friktion kan uppstå. De roller som respondenterna beskriver är dolda men förväntade roller, såsom *spindeln i nätet*, utöver de faktiska rollerna. Detta kan i sin tur föda konflikter inom samverkan, otydligheter kring beslutsfattandet, ansvarsområden, arbetsroller, något respondenterna upplever. Detta får starkt stöd av studiens tidigare forskning (Schot m.fl. 2020; Knutsson och Schön, 2020; Kharicha m.fl., 2005; Lailani & Marshall, 2020; Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Dunér &

Wolmesjö, 2015; Klingemann m.fl., 2020; Widmark m.fl., 2015; Edgren, 2008; Liljegren, 2016; Källmén och Elgán, 2016).

Tidigare forskning har belyst hur maktrelationen sett ut mellan brukare och socialarbetare. Matscheck och Piuva (2021) beskriver att socialarbetaren önskar ge brukaren en öppnare och utökad delaktighet och inflytande, men samtidigt vill att hen ska uppvisa en konformitet inför socialarbetarens beslut och rekommendationer. Respondenterna i denna studie belyser en parallellprocess med en maktobalans, som socialarbetare gentemot vissa läkare och psykiatrimottagningar. Samverkan med läkare och psykiatri anses viktigt, men kräver ofta att respondenterna behöver anpassa sig efter deras tidsscheman och bedömningar. Knutson och Schön (2020) lägger fram liknande resultat kring utebliven kontroll, svagt samarbete och dålig flexibilitet men utifrån brukarens upplevelser gentemot socialarbetaren. Forskarna förtydligar även brukarens behov av mer tydlighet från socialarbetaren. I studiens resultat är det istället socialarbetaren som upplever detta, exempelvis vid SIP-möten med vissa läkare. I en parallell mening visar alltså respondenterna samma starka behov av tydlighet från psykiatrin.

Liljegren (2016) pekar på hur bristen på delegation vid en samverkan kräver insatser från de hierarkiskt högre instanserna trots att kunskapen om målgruppen i stället finns i de lägre leden av delegationsordningen, och i de praktisknära arbetsuppgifterna. Detta kan leda till en asymmetrisk maktrelation med ineffektiva beslut. I likhet med Liljegrens studieresultat har läkaren beslutsfattande delegation, och befinner sig hierarkiskt högt inom organisationen, medan respondenterna, som istället jobbar väldigt nära brukaren, måste invänta enhetschefens beslut. Det uppstår då en liknande friktion med osäkerhet kring beslutsfattandet, medan läkaren tenderar att gå tillbaka till sin ledande roll. Respondenterna beskriver situationer där läkaren tar över samtalet i samverkansmöten och SIP-möten samt att de som socialarbetare saknar maktmedel, då de saknar beslutsfattande delegation. Studiens respondenter uppger att psykiatrin, men även andra delar av hälso- och sjukvården, tar kommandot i samtalen och gör bedömningar eller instruerar kollegor utan att först stämma av med övriga samverkanspartners. Detta blir extra framträdande när vissa läkare deltar i samverkans- och SIP-möten, vilket även stämmer in på tidigare studier (Kharicha m.fl., 2005). Den hierarkiska skillnaden skapar därför en ofrånkomlig maktrelation.

Blomqvists (2012) avhandling och studien från Eriksson m.fl. (2017) belyser samverkan mellan skolan, BUP och socialtjänsten. Distinkta samarbetsvårigheter sker i båda fallen mellan aktörerna på grund av att BUP styr beslutsfattandet och ger sig själva ett tolkningsföreträde. Enligt Eriksson m.fl. (2017) förekommer även användningen av ett invecklat språkbruk, kännetecknat av fackspråk och interna termer, när BUP tar ordet vid samverkan. Forskarna fokuserar på barn och unga men forskningen passar samtidigt in på de upplevelser respondenterna delger i detta studieresultat. Dessa skeenden framkommer tydligt genom citaten och resultatets text i avsnittet Maktrelationer inom samverkansmöten. I ett exempel där samverkan var ovanligt infekterad, fick socialarbetaren kalla in enhetschefen på mötet, vilket liknar forskning från Kharicha m.fl. (2005). Dels som motpol till den dysfunktionella maktrelationen och dels för att få en insats beslutad på plats. I studien (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016) läggs omnämnda maktrelaterade problem fram som ett stort bekymmer för socionomer i Ontario. Här upplevde många deltagare att läkaren ofta tog över kontrollen i samtalen och i samarbeten kring klienten. Flera aktörer såg dessutom ned på socialarbetarens yrkesroll, vilket ledde till en maktlöshet och yrkesbaserad identitetskris. Dessa mönster återges även av Kharicha m.fl. (2005). När läkaren eller psykiatrin har tagit kontrollen över samtalet och samverkansmötet har respondenterna för den här studien agerat olika. Vissa med acceptans och andra med frustration. Likt tidigare forskning (Hjortsjö, 2006; Ek m.fl., 2017) kommer Ambrose-Miller och Ashcrofts (2016) deltagare fram till att det råder en kulturell och ekonomisk statuskillnad mellan disciplinerna. Den här studiens respondenter beskriver den bestämmande rollen vissa läkare och psykiatrimottagningar intar, och betonar här en ekonomisk, disciplinär och social statuskillnad vilket bottenar i en kulturell statuskillnad. Respondenterna upplever dock inte en större problematik med uppfattningen om sin egen legitimitet. Många poängterar istället distraktionen med fler arbetsroller för de arbetsuppdrag som egentligen åligger dem. Detta är en fråga om maktrelationer, även om vissa respondenter accepterar situationen. Socialarbetaren lämnas då till att göra arbetsuppgifter utöver sitt eget uppdrag medan psykiatrin och läkaren upplevs välja den enklare vägen.

Dunér och Wolmesjö (2015) lägger dessutom tonvikt vid att samverkan är väsentlig för att socialarbetaren ska kunna förbättra sitt arbete med brukaren. Detta synsätt får medhåll av både respondenterna såsom annan tidigare forskning (Mossberg, 2018; Jones m.fl., 2022; Källmén & Elgán, 2016; Saint-Pierre m.fl., 2018). Respondenterna anser att

samverkansmöten är viktiga och framförallt att dessa sker mer regelbundet för att brukarens alla behov ska kunna tillgodoses på bästa sätt. De anser att de flesta samverkansmöten går bra och att läkaren, eller psykiatriken, överlag är medgörlig och samarbetsvillig, men att vissa yrkesverksamma är svårare än andra. I intervjuerna framkommer det även att hälso- och sjukvården, inklusive psykiatriken, upplevs ha en bra inställning till hjälp med brukaren, trots skillnader i beteendet gentemot socialtjänsten. Däremot råder det olika åsikter om just SIP-möten är givande. Vissa respondenter tycker dessa fungerar väl, medan andra känner att alternativ borde implementeras. Respondenter betonar dock att detta främst handlar om hur de genomförs i praktiken då exempelvis vissa SIP-möten saknar ett egentligt syfte eller ger ett givande resultat, samt att brukaren kan vara svårhanterlig. Denna kritik får medhåll av tidigare studier som genom resultaten ser brister med SIP-möten vid de mest komplexa fallen (Matscheck och Piuva, 2022; Matscheck m.fl., 2019).

8.2. Begränsningar för studien

Studiens respondenter utgörs enbart av yrkesverksamma inom socialtjänsten, vilket medför att studien inte tar hälso- och sjukvårdspersonalens inställning i beaktande kring samverkan med socialtjänsten. Detsamma gäller även klientperspektivet, vilket därför inte har tagits i större hänsyn för studien. Studien har delvis berört respondentens uppfattning om klientens upplevelse. Studiens metodologiska utgångspunkt är deduktiv, och har således en tydlig synvinkel. Det kan argumenteras för en öppen, induktiv utgångspunkt, där *Grundad teori* vore ett alternativ. Potentiella teorier fanns dock redan vid beslutet att studera forskningsfältet, vilket gjorde att studien gynnas av en deduktiv och teoretisk infallsvinkel. Trots detta finns det olika teorier som hade kunnat appliceras, och antingen växelvis bytas ut eller ses som komplement. Studiens valda teorier saknar ett mikroperspektiv vilket gör det svårt att analysera samverkan på en individbaserad nivå. Detta hade exempelvis kunnat ske genom ett professionsteoretiskt perspektiv för att forska kring relationsbyggande, samt om möjligheten fanns att utöka intervjudeltagandet till yrkesutövande inom psykiatriken. Studien hade även kunnat kompletteras genom en form av kommunikationsteori, såsom *Teorin om mänsklig kommunikation* (Watzlawick m.fl., 2014), med fokus på dialoger under samverkansmöten. Detta hade dock krävts en fältstudie vilket inte var tanken med uppgiften. Risken finns samtidigt att tillägg som dessa hade breddat forskningsfältet utöver studiens omfång och lett

till en otydlighet kring syftet med studien. Teorier som dessa blir däremot aktuella vid möjlig framtida forskning.

Gällande sökprocessen används separata ord tillsammans i hopp om det resultat som har efterfrågats, vilket leder till risk att möjliga artiklar sållas bort. Samtidigt har studien en stor mängd relevanta vetenskapliga artiklar, utifrån breda forskningsfält som *samarbete* och *samverkan*. Målet med studien är heller inte att presentera en litteraturöversikt. En litteraturöversikt hade kunnat täcka hela forskningsfältet, men intervjustudier väckte mer intresse för uppgiften. En problematik under arbetet med texten var att balansera studiens nödvändiga objektivitet i förhållande till stundtals färgstarka berättelser från respondenterna. Det krävs att formulera textens innehåll på ett sakligt och neutralt sätt, vilket i vissa fall blir problematiskt när starka känslor uppstår hos respondenten. Teorin som maktperspektivet utgår ifrån saknar ett tema för relationsbyggande behov, exempelvis ett genomgående tema i form av *professionellt relationsbyggande*. Se även *strukturellt medlemskap* enligt [Figur 4.3](#). Detta är en begränsning då svårigheten att teoretisera kring hur olika former av professionella relationer påverkar maktdynamiken och kringliggande teman. Här kunde andra teorier ha kompletterat studien, men som tidigare nämnt kan det istället inspirera och användas vid framtida studier. Studiens respondenter är alla yrkesverksamma inom Storstockholmsområdet, och då studien enbart innehåller ett axplock av respondenter, liksom en geografisk avgränsning, kan den därför inte generaliseras till ett större område och en internationell jämförelse skulle bli än mer komplicerad att genomföra. Detta bidrar till att studien främst kan ses som ett viktigt men begränsat stickprov för samverkan inom Storstockholmsområdet, samt till missbruk- och beroendeproblematik som forskningsområde vid studier om välfärden i Stockholm.

8.3. Summering och kritisk reflektion

Denna studie har genomförts för att undersöka erfarenheter och upplevelser från yrkesverksamma socialarbetare på socialtjänsten av samverkan med hälso- och sjukvården, med inriktning på psykiatri, samt om maktrelation mellan dessa yrkesgrupper inom samverkansmötet. Mycket fokus landar på läkaren då den har en ledande roll. De frågor som ställs för studien gäller den praktiska samverkan mellan professionella aktörer, hur socialarbetaren upplever samverkan samt vilka maktrelationer som uppstår. Genom fem

semistrukturerade intervjuer genomförda med yrkesverksamma socialarbetare inom socialtjänsten har tydliga mönster framkommit i resultatet. Samtliga av studiens respondenter uppfattar merparten av samverkan som god, och att den gynnar deras gemensamma klienter. När samverkan har fungerat väl beskrivs en ömsesidig respekt, en förståelse för varandra och för brukaren, en öppen dialog och ett professionellt relationsbyggande. I de fall det inte har fungerat hänvisar respondenterna till en bristande kommunikation och lyfter specifika problem som präglar en dålig samverkan. Dessa problem är en svag samsyn kring klienten och dennes problematik samt bristande ekonomiska förutsättningar. Detta resulterar i en fragmenterad välfärd, där organisatoriska och ekonomiska strukturer hämmar en gemenskap mellan aktörer. Ett problem som har belysts är när lagar och riktlinjer för samverkan inte är precisa nog vilket kan skapa osäkra arbetsroller eller problematiska tolkningsutrymmen, vilket kan leda till att man skjuter ifrån sig ansvaret. Läkare uppfattas stundtals som styrande i samverkansmötet, med ett annat handlingsutrymme än socialarbetaren, vilket i sin tur leder till att läkare i vissa fall dikterar beslut och bedömningar utöver sin yrkeskompetens och arbetsuppgifter. Detta har enligt respondenterna skapat en både osynlig och synlig maktdynamik i samverkansmötet. Psykiatrin uppfattas som svårnådd och det är inte ovanligt att kommunikationen sker via omvägar. Slutligen visar studiens resultat att det är vanligt att vissa maktrelationer uppstår inom samverkan, men att det i många fall är individbaserat och inte nödvändigtvis alltid behöver vara negativt för resultatet av samverkan.

Sammanfattningsvis har den frågeställning som angetts med god marginal besvarats med tillräckligt upplysande information utifrån studiens resultat.

Samverkansproblematik är ett symptom på ett större problem inom det svenska välfärdssystemet. Till följd av en önskan om minskade kostnader och ökad effektivisering har välfärdssystemet specialiserats och fragmenterats. Systemet har lett till bättre vård och hjälp vid specifika behov, men samtidigt en komplicerad, byråkratisk och sektorsindeldad välfärd. Klienter med flera olika behov bollas då mellan olika insatser och välfärdsaktörer. Förvirringen, frustrationen och hopplösheten för både klienten och för socialarbetaren stiger när flera skilda aktörer och separata insatser måste synkroniseras för att klienten ska få hjälp. Samverkan må vara det bästa alternativet vi har idag, men tillvägagångssättet är samtidigt inte optimalt när den hierarkiska utgångspunkten är ojämn samt kräver förståelse och kommunikation mellan aktörer utan krav på adekvat kompetens. Problematiken kan kopplas till ekonomi och kostnadsfrågor då dagens välfärd rymmer ett budgetsystem som krasst kan

beskrivas är uppdelat i förbestämda potter eller ekonomisystem som kräver kvittens på målgruppens behov för att kunna få resurser för dessa. Detta leder till att varje sektion, både mellan organisationer liksom inom organisationen, använder en form av "gatekeeping" för att spara på budgeten. Resultatet i studien visar att denna problematik i allra högsta grad är aktuell inom vården och med hjälpinsatser för samsjukliga individer, då dessa ofta har oerhörda behov inom många specialiserade sektioner för välfärden. I takt med att samsjuklighetsutredningens slutbetänkande implementeras väcks en förhoppning om att framtidens samverkan kommer utvecklas och förbättras.

Det finns respondenter och forskare (Matscheck m.fl., 2019) som lägger fram att SIP-möten inte används som de bör, och ifrågasätter dess faktiska värde för att samverkan ska bli framgångsrik. Detta utifrån hur den praktiska användningen har sett ut. Här skapas en intressant tankegång, då SIP-möten är lagstadgade och därmed inte valfria. I de fall SIP-möten visar sig sakna värde, vare sig det beror på en komplex klient eller på andra samverkansaktörer, borde det finnas alternativa och effektivare metoder till det SIP-format som har standardiserats. Multidisciplinära team vore möjligen ett sådant alternativ. Det finns dock ett behov av vidare forskning kring alternativa samverkansmodeller.

Till följd av att denna studie endast hade fem respondenter hade det varit intressant att genomföra en större, mer omfattande studie, för att undersöka om den hade kommit fram till liknande resultat. Vidare skulle även framtida forskning med fokus på läkarrollen vid samverkansmöten och SIP-möten med socialtjänst vara givande. Detta skulle skapa en bättre bild av läkarens egen uppfattning vid samverkan men även ta del av inställningen till socialtjänsten och brukaren. Inställningen och kommunikationen kan dessvärre stundtals vara svag. LVM-anmälningar som kommunikationsmedel är exempelvis något som inte har nämnts i studiens tidigare forskning. Det vore intressant att se om detta är ett återkommande mönster vid interprofessionell samverkan kring komplexa målgrupper, såsom samsjuklighet. Ett mönster som framkommer i studiens resultat om samsynen mellan psykiatrin och socialarbetaren, i de fall en samverkan har gått fel, skapar idéer om utökade gemensamma utbildningar för att stärka samsynen. Under dessa möten kan även diskussioner kring maktrelationer vid samverkan avhandlas. Ett exempel som dessutom berörts av respondenterna vore regelbundna gemensamma workshops. Detta vore givande för att utöka

förståelsen om den andra samverkanspartnern samt kunskapen om bästa möjliga tillvägagångssätt vid en hälsosam samverkan.

Avslutningsvis finns det ett behov av forskning som fokuserar på maktrelationer inom samverkansmöten och SIP-möten. Denna aspekt behöver undersökas grundligare för att få en helhetsbild av problemen som uppstår när samverkan brister. Studien har således fått fram god information om hur en samverkan och dess maktdynamik upplevs för studiens respondenter. Det innebär dock att för helhetsbilden krävs det åtskilliga studier inom ämnet för att befästa resultatet på ett generellt plan, men även för praktiskt bättre hantering från organisationer avseende samverkan. I slutändan landar många av de svårigheter som uppstår vid samverkan på resurser, tid och budget. Studien skiftar här sitt fokus från den praktiska samverkan till att betona mer socialpolitiskt engagemang i samhällsdebatterna samt inom den politiska sfären. Samsjuklighetsutredningens slutbetänkande är en bra ingång, men frågan kvarstår om detta är tillräckligt när problematiken sträcker sig långt bortom den praktiska arenan för samverkan.

9. Referenslista

[Källhänvisning följer APA-systemet 7th edition enligt lathund hos Göteborgs Universitet, se länk:

<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/40505>]

Ambrose-Miller, W. & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*, 2016:Vol.41(2), 101-109.

<https://academic.oup.com/hsw/article/41/2/101/2356236>

American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition*. American Psychological Association.

Aroseus, F. (2013). *Makt och lydnad*. Hämtad 2023-04-01 från

<https://lattattlara.com/psykologiska-perspektiv/sociokulturellt-perspektiv/makt-och-lydnad/>

Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.826>

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2007). Samverkan och folkhälsa - begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I: Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.), *Folkhälsa i samverkan - mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. (s.11-31). Studentlitteratur AB.

Baianstovu, R.í. (2018). Kommunikation och makt i kulturellt komplexa relationer inom socialtjänsten. I A. Bruhn & Å. Källström (red.), *Relationer i socialt arbete - i gränlandet mellan profession och person* (s. 76-91). Liber AB.

Blomqvist, C. (2012). *SAMARBETE MED FÖRHINDER - om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. (Institutionen för socialt arbete, 2012:4). [Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet]. Gothenburg University Publications Electronic archives.

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/29248/gupea_2077_29248_1.pdf?sequence=1

Bogen, O. (2022, 12 januari [Slutuppdaterad]). *Omdebatterad psykiatrireform blev slutet för mentalsjukhusens era*. SVT Nyheter.

<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/sormland/kritiserade-nedlaggningar-och-sjalvmord-men-ocks-a-battare-var-d>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006:3(2), 77-101.

<https://www-tandfonline-com.till.biblextern.sh.se/doi/pdf/10.1191/1478088706qp063oa?needAccess=true>

Bryman, Alan. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (Tredje upplagan). Liber.

De Leo, A., D'Amado, J., Morozzi, C. & Gozzoli, C. (2023). Taking Care of Forced Migrants Together: Strengths and Weaknesses of Interorganizational Work from the Perspective of Social Workers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 1371. 2-18.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20021371>

Dunér, A. & Wolmesjö, M. (2015). Interprofessionell samverkan i svensk hälso- och sjukvård och socialomsorg ur biståndshandläggares perspektiv. *European Journal of Social Work*, 2015 Vol.18(3), 354–369.

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13691457.2014.908166?needAccess=true&role=button>

Edgren, L. (2008). The meaning of integrated care: a systems approach. *International Journal of Integrated Care – Vol. 8, 23 October 2008*, 1-6.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2581661/pdf/ijic2008-200868.pdf>

Ek, H., Isaksson, J. & Eriksson, R. (2017). Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter - Socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som inte går till skolan. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2017:1, 59-77

<https://socvet.se/article/view/2402/1726>

Filipsson, A. (1999). Stort behov av somatisk vård och daglig sysselsättning. *Läkartidningen* Vol.96:23, 2828.

<https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/1999/19624.pdf>

Försäkringskassan. (2022, 31 oktober). *Offentlighet och sekretess*.

<https://www.forsakringskassan.se/om-forsakringskassan/dina-rattigheter-och-skyldigheter/lag-och-ratt/offentlighet-och-sekretess>

Folkhälsomyndigheten. (u.å.). *Vad är psykisk hälsa?*. Uppdaterad 2022-09-02. Hämtad 2023-04-02 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Göteborgs Universitetsbibliotek. (2021, 3 februari). *APA-lathunden: Baserad på APA 7*.

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/40505/APA7_VT23.pdf?sequence=38&isAllowed=y

Hallberg, A., Winblad, U., & Fredriksson, M. (2021). Balancing pragmatism and sustainability: A case study of an interorganisational network to improve integrated care for the elderly. *International Journal of Integrated Care*, 21(3), 14.

<https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.5635>

Hesjedal, E., Hetland, H. & Iversen, A.C. (2015). Interprofessional collaboration: self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. *Child and Family Social Work* 2015, 20, pp 437–445.

<https://onlinelibrary-wiley-com.till.biblextern.sh.se/doi/pdfdirect/10.1111/cfs.12093>

Hjortsjö, M. (2006). *Med samarbete i sikte - Om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. (Lund Dissertations in Social Work 22) [Doktorsavhandling (monografi), Socialhögskolan]. Lund University School of Social Work.

<https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/4850756/26621.pdf>

Huxham, C. & Vangen, S. (2000). Ambiguity, complexity and dynamics in the membership of collaboration. *Human Relations*, 2000:Vol.53(6), 771-806.

<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0018726700536002>

Huxham, C. & Vangen, S. (2001). What makes practitioners tick? Understanding collaboration practice and practising collaborational understanding. *Effective Collaboration : Managing the Obstacles to Success*. Palgrave Macmillan Ltd. 1-16.

[Red. anm.] Artikeln finns ej kvar hos författarens universitetsbibliotek, University of Strathclyde, Glasgow.

Utdrag ur artikeln finns i: Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*.

Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*. Routledge - Taylor & Francis Group.

Johnson, B., Richert, T. & Svensson, B. (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem*. Studentlitteratur AB.

Jones, A., Knutsson, O. & Schön, U-K. (2022). Coordinated individual care planning and shared decisionmaking: staff perspectives within the comorbidity field of practice.

EUROPEAN JOURNAL OF SOCIAL WORK 2022:Vol.25(2), 355–367.

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13691457.2021.2016649?needAccess=true&role=button>

Jonhed, A.L. & Bennich, M. (2018). Samverkansrelationer mellan socialarbetare och andra yrkesgrupper. I A. Bruhn & Å. Källström (red.), *Relationer i socialt arbete - i gränslandet mellan profession och person* (s. 262-278). Liber AB.

Kharicha, K., Iliffe, S., Levin, E., Davey, B. & Fleming, C. (2005). Tearing down the Berlin wall: social workers' perspectives on joint working with general practice. *Family Practice* 2005; 22: 399–405.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmi010>

Klingemann, J., Welbel, M., Priebe, S., Giacco, D., Matanov, A., Lorant, V., Bourmorck, D., Soltmann, B., Pfeiffer, S., Miglietta, E., Ruggeri, M. & Moskalewicz, J. (2020). Personal continuity versus specialisation of care approaches in mental healthcare: experiences of patients and clinicians—results of the qualitative study in five European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2020) 55:205–216.

<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01757-z>

Knutsson, O. & Schön, U-K. (2020). Co-creating a process of user involvement and shared decision-making in coordinated care planning with users and caregivers in social services. *INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITATIVE STUDIES ON HEALTH AND WELL-BEING*, 2020:Vol.15, 1812270; 1-13.

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17482631.2020.1812270?needAccess=true&role=button>

Kunskapsguiden. (u.å). *Behandling vid samsjuklighet*. Senast granskad av Socialstyrelsen 2022-11-24. Hämtad 2023-04-01 från

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-missbruk-och-beroende/behandling-vid-samsjuklighet/>

Kvale, S., Brinkmann, Svend, & Torhell, Sven-Erik. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Tredje [reviderade] upplagan. ed.). Studentlitteratur.

Källmén, H. & Elgán, T. (2016). *Samordnad individuell plan (SIP) - En uppföljande studie av en utbildningsinsats till personal inom Stockholms län*. [STADs rapport:59]. 1-24.

<https://www.stad.org/sites/default/files/media/STAD%20rapport%2059.pdf>

Lalani, M. & Marshall, M. (2020). Co-location, an enabler for service integration? Lessons from an evaluation of integrated community care teams in East London. *Health Soc Care Community*. 2022;30:e388–e396.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hsc.13211>

Lawrence, P., & Lorsch, J. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-47.

<https://www.jstor.org/stable/pdf/2391211.pdf>

Liljegren, A. (2016). Strategisk samverkan kring personer med psykiska funktionshinder: Om organisering, beslut och beslutsfattande. *Socialmedicinsk tidskrift 6/2016:Vol.93(6)*, 631-638.

<https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1502/1398>

Markström, U. (2002). *Den svenska psykiatrireformen : bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Borea Bokförlag.

Mason, K., & Evans, T. (2020). Social Work, Inter-Disciplinary Cooperation and Self-Neglect: Exploring Logics of Appropriateness. *The British Journal of Social Work*, 50(3), 664-681

<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz031>

Matscheck, D., Piuva, K., Eriksson, L. & Åberg, M. (2019). The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs? *NORDIC SOCIAL WORK RESEARCH*, 2019:Vol.9(1), 55–71

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/2156857X.2018.1489886?needAccess=true>

Matscheck, D. & Piuva, K. (2022). Integrated care for individuals with mental illness and substance abuse – the example of the coordinated individual plan in Sweden. *EUROPEAN JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 2022:Vol.25(2) 341–354.

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13691457.2020.1843409?needAccess=true&role=button>

Mossberg, L. (2018). *Mellan norm och praktik. Strategisk samverkan och brukarmedverkan inom verksamhetsområdet psykisk ohälsa*. (Institutionen för socialt arbete, Skriftserie för avhandlingar 2018:2) [Doktorsavhandling, Göteborgs universitet]. Gothenburg University Publication Electronic Archive.

<http://hdl.handle.net/2077/56192>

Muelas Lobato, R. (u.å.) *Epistemologi: kunskapsteori styr vår syn på vetenskap*. Hämtad 2023-05-31 från

<https://utforskasinnet.se/epistemologi-kunskapsteori-styr-var-syn-pa-vetenskap/>

Nationalencyklopedin. (u.å.). *Makt*. [medverkande Walter Korpi]. Hämtad 2023-04-02 från

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/makt>

Prop.2012/13:77. *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*.

<https://www.regeringen.se/contentassets/b397f9f2d54a42f0b381df3c78555920/god-kvalitet-och-okad-tillganglighet-inom-missbruks--och-beroendevarden-prop-20121377/>

Saint-Pierre, C., Herskovic, V. & Sepulveda, M. (2018). Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Family Practice*, 2018, Vol. 35(2), 132–141.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz085>

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), 332-342.

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13561820.2019.1636007?needAccess=true&role=button>

SFS 1993:387. *Lag om stöd om service till vissa funktionshindrade*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor.*

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag.*

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (1998). *Psykiatrireformen: årsrapport. 1998, Reformens första tusen dagar.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2019a). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>

Socialstyrelsen. (2019b) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende Stöd för styrning och ledning.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *LVM Handbok för socialtjänsten.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2021-6-7446.pdf>

Socialstyrelsen. (2022). *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-4-8480.pdf>

SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet - Service, stöd och vård för psykiskt störda: Slutbetänkande av Psykiatriutredningen.*

https://weburn.kb.se/metadata/188/SOU_8351188.htm

Stam, J. (u.å.). *Vad är kunskap - Epistemologi.* Hämtad 2023-05-31 från

https://larare.at/vetenskapligt_arbete/vad_ar_kunskap.html

Stockholms beroendeklinik. (u.å.). *Samsjuklighet.* Hämtad 2023-04-02 från

<https://beroendekliniken.se/samsjuklighet>

Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen & Kommunförbundet Stockholms län. (2020). *Samverkan kring personer med missbruk/beroende - Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län.*

<https://www.storsthlm.se/media/ubzlg3t0/samverkan-missbruk-beroende-%C3%B6k-tillg%C3%A4nglighetsanpassad.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. (2022, 20 oktober). *Samordnad individuell plan, SIP.*

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>

Södertörns högskola. (2022, 6 december). *Riktlinjer för studenters behandling av personuppgifter i studentarbeten på Södertörns högskola.* Hämtad 2023-04-11 från

<https://www.sh.se/student/hur-gor-jag/gdpr-for-dig-som-behandlar-personuppgifter-i-ett-studentarbete?query=GDPR+f%C3%B6r+dig+som+behandlar+personuppgifter+i+ett+studentarbete>

Thomsen, D. & Carlén, L. (2022, 1 november [Uppdaterad: 2 november]). Theodor Engströms mamma i förhör: "En väldigt trasig person". *SVT Nyheter.*

<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/ost/theodor-engstroms-mamma-i-forhor-en-valdigt-trasig-person>

Topor, A., Denhov, A. & Bülow, P. (2018). Förord: Två decennier efter psykiatrireformen - Socialt arbete och psykiska problem. *Socialvetenskaplig tidskrift 2019:Vol.26(1)*, 1-4
<https://socvet.se/article/view/2357/1682>

UR Play. (2015). *Bildningsbyrån - ordförrådet: Epistemologi*.
<https://urplay.se/program/193246-bildningsbyran-ordforradet-epistemologi>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.
https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*.
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. & Jackson, D.D. (2014). *Pragmatics of Human Communication - A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. W.W. Norton & Co.

Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K. & Bergman, D. (2005). What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *Journal of Interprofessional Care*, 2016, VOL. 30(1), 50–55
<http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1055716>

WHO: World Health Organization. (2022, 17 juni). *Mental health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Åkerman, H. (2022, 23 december). Dådet i Almedalen - ett mord som skakade Sverige. *SR Sveriges Radio*.
<https://sverigesradio.se/avsnitt/dadet-i-almedalen-ett-mord-som-skakade-sverige>

Bilaga 1

2023-04-09



Hej!

Vi heter Marcel Fondak och Julian Harris och går på termin sex på socionomprogrammet på Södertörns högskola.

Det är nu dags för oss att skriva vår C-uppsats och vi letar efter respondenter för att intervjua kring samverkan psykiatrin, samt gällande makt i interprofessionella samverkansmöten.

Vår tanke är därmed att undersöka era egna erfarenheter och upplevelser om samverkan med andra professioner, såsom med psykiatrin kring klienter med samsjuklighet. Därför söker vi er socialsekreterare på en beroendegrupp eller dylikt som träffar dessa målgrupper regelbundet vid samverkan eller SIP-möten.

Vi kommer genomföra intervjuer som bör ta mellan 45-60 minuter, och detta uppskattas ske mellan 12-28 april. Kan ni tidigt är detta varmt välkommet!

Deltagandet sker anonymt och deltagande intervjupersoner kommer att avidentifieras i studien. Du som deltar har rätt att dra tillbaka ditt samtycke under hela processen.

Du kommer även ha möjligheten att läsa uppsatsen när den är klar.

Om du känner dig intresserad av att delta önskar vi att ni kontaktar oss så fort som möjligt för att boka in en tid för en intervju, se kontaktuppgifter nedan.

Kontaktuppgifter:

Marcel kontaktuppgifter tel [REDACTED]

Julians kontaktuppgifter tel [REDACTED]

Med vänliga hälsningar

Marcel Fondak & Julian Harris

Socionomprogrammet, Södertörns Högskola

Bilaga 2

Intervjuguide Marcel Fondak och Julian Harris

Intro

1. Vad är din nuvarande arbetstitel?
2. Hur länge har du arbetat med denna målgrupp?

Samverkan

3. Skulle du kunna beskriva de direktiv som ges för samverkan? (både från riktlinjerna och från ledningen)
Följd: Vad är din upplevelse av att arbeta utifrån dessa direktiv?
4. Hur ser samverkan med psykiatrin ut på din arbetsplats?
Följd: Skulle du kunna ge ett exempel på hur det fungerar i dagsläget?
5. Vilka förutsättningar tror du krävs för en god samverkan?
6. Vilka hinder för samverkan upplever du existerar? |
7. Hur skiljer sig samverkan med psykiatrin jämfört med andra aktörer, exempelvis inom hälso- och sjukvården? (t.ex. somatiska avdelningar, beroendevården och vårdcentraler)
Följd: Om ja, vad tror du att dessa skillnader beror på?
Följd 2, Om ja: Är det någon professionell yrkesgrupp inom samverkan som du upplever är svårare än andra?
8. Upplever du att samverkan som funktion gynnar dina klienter?
Följd: Om ja, på vilket sätt? (Ge exempel) ;
Ifall nej, hur kommer det sig att du upplever det så, berätta?

SIP-Möte

9. Hur ofta har du i din arbetsroll SIP-möten där psykiatrin närvarar?
(Om "ingen psykiatri", fortsätt intervjun med "hälso- och sjukvård")
Följd: Har du upplevt att psykiatrin inte dykt upp när de varit kallade?
Följd 2: Om ja, hur kände du om det?
10. På vilken plats brukar SIP-möten med psykiatrin hållas?
Följd: *Om det ofta sker på en specifik plats* Varför tror du att det mest sker där?
11. Hur brukar ett SIP-möte med psykiatrin se ut?

Makt

12. Hur upplever du att maktdynamiken ser ut i samverkan och vid SIP-möten?

13. Hur uppfattar du tilliten mellan aktörerna inom samverkan?

14. Socionomer och forskare pratar ofta om obalans i maktförhållanden gällande brukare/klienter, men inte lika ofta hur det ser ut mellan olika professioner. Hur ser du på maktbalansen i samverkan med andra professionella?

Följd: Skiljer det sig mellan olika aktörer? Exempelvis psykiatrin eller ekonomiskt bistånd.

Följd 2, Om ja: Vad tror du skulle kunna vara orsaken till detta?

Följd 2, Om nej: Vad tror du är orsaken att det inte skiljer sig?

15. Har du någonsin stött på konflikter med övriga professionella aktörer vid samverkan?

Följd: Om ja, skulle du kunna ge exempel på aktör och situation?

16. Slutligen, hur ser du själv på din yrkesroll inom samverkan?

17. Har du något mer som du funderar kring eller skulle vilja utveckla?

18. Har du några slutliga frågor?

Tack för oss!

Slut på intervju