

# **”När det inte funkar så är det ganska ömsesidigt”**

En kvalitativ studie om samverkan mellan  
socialtjänst och hälso- och sjukvård

NIKOLINA ASCIC  
SARAH TRYGG PIZEVSKA

# **“When it’s not working, it’s pretty mutual.”**

A qualitative study about collaboration between  
social services and health care

NIKOLINA ASCIC  
SARAH TRYGG PIZEVSKA

Ascic, N & T. Pizevska, S. “When it’s not working, it’s pretty mutual.”  
A qualitative study about collaboration between social services and health care.  
*Degree project in social work 15/30 högskolepoäng.* Malmö University: Faculty  
of Health and Society, Department of social work, 2024.

## **Abstract**

The aim of this study was to examine the collaboration between social service and healthcare from the perspective of professional's experience regarding adults with substance abuse. The focus was therefore to examine which factors collaboration contributes to and analyse the effect on the clients. The method used was semi-structured interviews in which a total of seven professionals from the social service and health care participated and were interviewed. The results of the study were therefore based on the interviews and with the help of thematic analyses, three themes were identified. The themes include experience of collaboration, knowledge of each other's organisations and the impact on the client. The study proved that the guideline for collaboration is unspecified and that there is a lack of knowledge among the social services and healthcare personnel about each other's roles and responsibilities. This leads to unrealistic expectations, conflicts of interest and different opinions on which organization should take the overall responsibility. The study also proved that these circumstances have an impact on the client which can be expressed in lack of motivation, risk of being overlooked and inadequate care for the client. These factors contribute to a lack of collaboration between the two organizations.

*Keywords:* Adults, Collaboration, Health care, Social service, Substance abuse.

## Innehållsförteckning:

1. Inledning .....	6
1.1 Problemformulering .....	6
1.2 Syfte och frågeställningar .....	7
1.3 Begreppsdefinitioner .....	8
2. Tidigare kunskapsläge .....	8
2.1 Kapitlets disposition .....	8
2.2 Samverkan definition och motiv .....	8
2.2.1 Lagrum för samverkan .....	9
2.3 Patientens inflytande och delaktighet .....	9
3. Tidigare forskning .....	10
3.1 Kapitlets disposition .....	10
3.2 Genomgång av litteratursökning .....	10
3.2.1 Sökningar .....	10
3.3 Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten .....	11
3.3.1 Specialiserad vården .....	12
3.3.2 Samordnad individuell plan (SIP) .....	12
3.3.3 SIP i praktiken .....	13
3.3.4 Klientens delaktighet i SIP .....	13
3.4 Hinder för samverkan .....	14
4. Teori .....	15
4.1 Val av teorier .....	15
4.2 Samverkansteori .....	15
4.3 Organisationsteori .....	18
5. Metod .....	19
5.1 Förförståelse .....	19
5.2 Tillvägagångssätt .....	20
5.2.1 Metodval .....	20
5.2.2 Datainsamling .....	20
5.2.3 Urvalskriterier .....	21
5.2.4 Genomförande .....	22
5.2.5 Tillvägagångssätt vid analys .....	23
5.3 Generaliserbarhet och trovärdighet .....	24
5.4 Etiska aspekter .....	25
6. Resultat och analys .....	26
6.1 Presentation av informanter .....	26
6.2 Tema 1 – Upplevelser av samverkan .....	27
6.2.1 Samverkansrutiner och processer .....	27
6.2.2 SIP .....	29
6.2.3 Ansvar och auktoritet .....	30
6.2.4 Ramverk och lagstiftning .....	31
6.2.5 Analys .....	32
6.3 Tema 2 - Kunskap om varandras verksamheter .....	33
6.3.1 Kunskapsområde .....	33
6.3.2 Möjligheter och önskan för kunskap .....	34
6.3.3 Fördel med kunskap .....	35
6.3.4 Analys .....	35
6.4 Tema 3 – Påverkan på klienten .....	36
6.4.1 Stöd till klienten .....	36
6.4.2 Utmaningar för klienten .....	38

6.4.3 Klientens delaktighet och inflytande .....	38
6.4.4 Analys .....	39
6.5 Sammanfattning .....	39
7. Diskussion.....	40
7.1 Kapitlets disposition .....	40
7.2 Metoddiskussion .....	40
7.3 Resultatdiskussion .....	41
7.4 Relevans till socialt arbete .....	43
7.5 Vidare forskning .....	43
Referenser .....	44
Bilagor .....	47
Bilaga 1: Intervjuguide .....	47
Bilaga 2: Informationsbrev till socialtjänsten .....	48
Bilaga 3: Informationsbrev till sjukvården .....	49
Bilaga 4: Arbetsfördelning.....	50

# 1. Inledning

Målgruppen vuxna med missbruk är en sårbar grupp i samhället som till stor del har omfattande behov som sträcker sig inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvård, vilket innebär att en fungerande samverkan mellan verksamheterna är högst nödvändig. Gällande missbruksvård är det socialtjänsten som ska ansvara och aktivt sörja för att förebygga och motverka missbruk, enligt Socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Där till hör att socialnämnden ska hjälpa och stötta klienter att tillgodose deras behov. Socialstyrelsen beskriver vidare att den vård och behandling som ligger närmast socialnämndens ansvarsområde är främst behandling för alkoholmissbruk, narkotika och andra beroendeframkallande medel. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Målet med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är att erbjuda god hälsa och lika villkor för hela befolkningen samt vård som respekteras alla människors lika värde. För en individ med missbruksproblematik kan sjukvården erbjuda abstinensvård, somatisk vård, psykiatrisk vård samt läkemedelsassisterad vård (Socialstyrelsen 2019, s.16, 19).

Socialstyrelsen skildrar i en rapport (2019, s.22-23) att det föreligger ett gemensamt ansvar mellan kommun och region för att erbjuda och tillhandahålla behandling och stöd till personer med missbruk och beroendeproblematik. Detta utifrån verksamheternas respektive ansvarsområden där sammansatta insatser blir nödvändigt för att individen ska få stöd i både de sociala och medicinska områdena. Gränsdragningen gällande ansvarsfördelningen kan däremot vara invecklat och i praktiken kan det vara svårt att skilja mellan sjukvård och social rehabilitering. En överenskommelse mellan kommun och region behöver därmed upprättas i ärenden som rör vuxna med missbruk, något som är lagstadgad i SoL och HSL. Då kan en så kallad samordnad individuell plan, SIP, upprättas om bedömningen är att den enskilde har behov av en sammanordnad vård samt samtycker till det. Syftet med den individuella planen är att säkerställa ett tydligt samarbete mellan kommun och region för att den enskildes behov ska tillgodoses fullt ut (Socialstyrelsen 2019, s.30).

Regeringen (2020 s. 8-9) skildrar om samordnade insatser där flera utredningar och rapporter har konstaterat att de samverkanbestämmelserna och verktygen som finns i dagsläget, däribland SIP-möten, inte har givit avsedda resultat. Missbruks- och beroendevården från 2019 visar att drygt endast hälften av kommunerna har en rutin för intern samverkan mellan missbruks- och beroendeenheten och socialpsykiatri och knappt hälften av kommunerna har en pågående överenskommelse med regionerna. Antal kommuner som har en upprättad samarbetsöverenskommelse med regionen gällande samverkan har även minskat över tid. Ytterligare framgår det i rapporten att det finns en otydlig ansvarsfördelning som vidare ger aktörerna utrymme för tolkning. Detta kan exempelvis ske vid beslut som rör vem som ska ha huvudansvaret för olika insatser, det vill säga hur kostnader ska fördelas samt om det finns ett gemensamt ansvar för de insatser som ska utföras.

## 1.1 Problemformulering

IVO (2016 s.4) har sedan tidigare identifierat brister i samverkan mellan socialtjänst och vård och omsorgskedjan i missbruks- och beroendearbena. Samverkan uttrycks som ett riskområde där enskilda hamnar i kläm mellan respektive verksamheter, i form av att individen inte erbjuds god vård och omsorg

vilket leder till att den enskilde förlorar motivationen till att fortsätta sitt arbete med sitt missbruk. En av iakttagelserna som identifieras angående samverkan är att en samordnad individuell plan sällan upprättas trots att behovet av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård föreligger. I granskningen framkom det att enbart en kommun upprättade samordnade individuella planer.

Helsingborg Stad (2023, s.2) styrker ytterligare bristfälliga fenomen som uppkommer inom samverkan, framförallt mellan kommunernas socialtjänst och psykiatri- och missbruksvård. I rapporten framgår det att under 2023 förekom det 17 brister i samverkan, där kommunikationen och rutinerna visades sig vara den mest förekommande bristen som arbetsgruppen uppmärksammade. Gällande kommunikationen beskriver arbetsgruppen (2023, s.3) att bristerna grundar sig i att verksamheterna inte ger ut rätt information till berörda parter kring klientens insatser, vilket är något som är högst avgörande för att tillgodose individernas behov. Det har därmed inte alltid säkerställts att informationen nått fram till berörda parter eller att ett ärende förklarats tillräckligt tydligt. Arbetsgruppen bedömde även att det saknades uppföljningar av insatser, speciellt vid komplexa ärenden. Ytterligare rörde sig bristerna om att samverkanspartnerna haft svårigheter att få tillgång till relevant information och uppföljningar. Arbetsgruppen (2023, s.3-4) noterade dessutom att i de ärenden där det föreligger brist i kommunikation tenderar det också att finnas andra brister, däribland i rutinerna. Rutiner finns till för att förtydliga uppdrag och ansvar gällande vård och behandling för individen, där det ofta förekommer missförstånd och gränsfall. Under 2023 har arbetsgruppen (2023, s.5-6) uppfattat att en av konsekvenserna av brister i samverkan är bland annat kopplat till akut beroendevård där kommuner upplever att sjukvården inte tar in individen för avgiftning, om planen som socialtjänsten upprättat inte är tydlig. Kommuner menar på i dessa fall att individen riskerar få bestående skador samt att individen inte får den nödvändiga vården för att få sina behov tillgodosedda.

Likaså finns det brister inom organisationernas kompetens och förståelse för varandras uppdrag, vilket leder till konsekvenser för individen i form av fördröjda eller uteblivna insatser. Därtill hör även att individer riskerar att falla mellan stolarna på grund av avsaknad av tillit till bedömningarna (Helsingborg Stad 2023, s.4).

## **1.2 Syfte och frågeställningar**

Syftet i denna studie är att undersöka hur samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården ser ut när det kommer till vuxna med missbruk utifrån upplevelser av personal med socionomutbildning inom verksamheterna samt hur samverkan mellan verksamheterna kan påverka klienterna. Genom denna studie kan vi få en ökad förståelse för hur aktörerna samverkar för att erbjuda effektiv och samordnad vård och stöd till personer med missbruk, samt identifiera eventuella utmaningar och förbättringsområden i samverkansprocessen.

Frågeställningarna för denna studie:

- Hur upplever personal med socionomutbildning inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samverkan mellan verksamheterna för vuxna med missbruk?
- Hur kan vuxna med missbruksproblematik påverkas av samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården utifrån personalens upplevelser?

### **1.3 Begreppsdefinitioner**

#### **Samverkan:**

Samverkan innebär att man tillsammans med andra arbetar mot ett gemensamt mål. Detta innebär att andra med en annan utbildning eller regelsystem samt personer i en annan organisatorisk position etablerar kontakt (Danermark 2000, s. 15).

#### **Missbruk och beroende:**

Termen missbruk syftar på ett bruk som leder till skada för hälsan, både fysiskt och psykiskt, och/eller orsakar sociala problem (Socialstyrelsen 2019, s.9).

#### **SIP:**

SIP är en förkortning av det som kallas "samordnad individuell plan". En SIP ska upprättas när den enskilda är i behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Detta kan dock endast ske i de fall när planen är nödvändig för att den enskilda ska få sina behov tillgodosedda samt att den enskilde samtycker till en SIP. Det finns vidare särskilda bestämmelser i lagrummet som styrker verksamheternas skyldighet och ansvar gentemot den enskilde. Av 16 kap. 4 § HSL framgår det att en SIP ska omfatta vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive aktör ska ta ansvar för samt vilken aktör som har det övergripande ansvaret för planen (Socialstyrelsen 2017, s. 25).

#### **Vuxna:**

Vuxna i denna studie avser individer från 18 år till 50 år, oberoende på kön.

#### **Brukare/patient/klient:**

Olika benämningar på en person som är aktuell inom antingen socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Socialtjänsten brukar använda sig utav klienten medan hälso- och sjukvården använder mer patient.

## **2. Tidigare kunskapsläge**

### **2.1 Kapitlets disposition**

I detta avsnitt kommer tidigare kunskapsläge att presenteras. Kapitlet börjar med att definiera samverkan och anledningarna för att en samverkan upprättas på ett generellt plan. Därefter kommer en kort beskrivning om lagrummen som gäller för en samverkan och till sist beskrivs klientens inflytande och delaktighet.

### **2.2 Samverkan definition och motiv**

Begreppet samverkan beskrivs av Eklund (2023, s.13-15) som en flora av definitioner och att det gemensamma bland alla definitioner är en förväntan om en utveckling av relation mellan berörda aktörer. Det som kan skilja sig är graden av integrering och vilken typ av insats som berörs. Samverkan är därmed en term som används för att beskriva den organisering och struktur som verksamheter, minst två, använder sig utav i arbetet. Det innebär en interaktion mellan verksamheter gällande ett samarbete kring specifika frågor inom sina respektive ansvarsområde. Eklund (2023, s.13-14) skildrar att Socialstyrelsen väljer att definiera samverkan som ett gemensamt handlande som sker inom den organisatoriska nivån där det föreligger ett uttalat och bestämt syfte. Denna typ av handlande sker både inom och mellan de berörda parterna och tillsammans strukturerar dem upp arbetet för att sträva mot det bestämda syftet. Socialstyrelsen



betonar det sociala och interaktiva aspekterna i deras definition av samverkan. Det innebär att individer inom organisationer dels agerar utifrån tolkningen av uppdraget dels utifrån egna värderingar och preferenser.

Eklund (2023, s.16) presenterar att anledningen och motiven till samverkan finns både på individnivå och på organisationsnivå. Inom individnivå kan det handla om kontinuitet och förutsägbarhet medan på organisationsnivå kan det vara termer av resursanvändning och effektivitet. Ett motiv ger möjligheten att fullgöra uppdragen som organisationer har gentemot individerna i samhället där samverkan ses som en förutsättning och ett arbetssätt att uppfylla uppdragen. Kompletterande resurser är ytterligare ett motiv för samverkan vilket innebär att behoven inte kan fullt ut tillgodoses inom ramen för en verksamhets profession, exempelvis kunskapsområde eller ansvarsområde, och därför behöver ta hjälp av andra. I detta motiv används därför samverkan för att fylla och komplettera kunskaps-, färdighets- och resursluckor som ska resultera i att uppnå syftet för uppdraget. Det föreligger ett gemensamt behov av samverkan mellan berörda aktörer där olikheterna mellan professionerna bidrar till en meningsfull och lyckad samverkan.

### *2.2.1 Lagrum för samverkan*

Eklund (2023, s.16-17) redogör att samverkan kan vara styrt av skyldigheter och legitimitet där verksamheterna samverkar för att det är reglerat i förordningar och lagar. För socialtjänsten och hälso- och sjukvården gäller 5 kap 9a§ SoL, där det framgår att kommunen ska ingå överenskommelse med regionen om ett samarbete, och 16 kap 3§ HSL, i vilket det framgår att regionen ska ingå överenskommelse med kommunen om samarbete gällande personer med missbruk. Vidare skriver Eklund (2023, s.17) att det är en lagstadgad för vissa verksamheter att samverka med varandra. Gällande legitimiteten kan verksamheter använda sig utav samverkan för att bevisa till samhället och medborgarna att de tar ett socialt ansvar genom att följa rådande regler.

I 2 kap 7§ SoL framgår det att kommunen och regionen ska tillsammans upprätta en individuell plan i de fall där den enskilde har behov av insatser från både socialtjänst och hälso – och sjukvården. Ytterligare framgår det att den enskilde ska samtycka till att en sådan plan ska upprättas. I tredje stycket samma lag skildras det tydligt vad som ska stå med i planen samt i andra stycket framgår det att den individuella planen ska upprättas i samråd med den enskilde. Likaså har hälso- och sjukvården en lag om upprättelse av en samordnad individuell plan, SIP, och det är reglerat i 16 kap 4§ HSL.

### **2.3 Patientens inflytande och delaktighet**

Larsson (2023) beskriver att det är väsentligt att patienten är delaktig under vårdplaneringen för att ges rätt stöd. Därtill ingår att ge stöd och information för patienten kring beslut om vårdbehov samt vilka vårdåtgärder som behöver vidtas. Författarna belyser begreppet personcentrerat förhållningssätt som centralt inom samverkan mellan aktörer. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att inleda ett samarbete mellan patient, närstående och vårdpersonal där delaktigheten är det viktiga och främjas genom aktivt lyssnande på patientens berättelse. Professionella, från respektive aktör vid behov av sammansatt vård, definierar personcentrerat och olika riktlinjer för SIP på olika sätt, vilket medför negativa konsekvenser för patienten. För att patienten ska få möjligheten att medverka i

beslutsfattande är det väsentligt att informationen och kommunikationen är tydlig, transparent och anpassad som bidrar till att innehållet i informationen blir begripligt (Larsson 2023, s. 177). Det framställs även att tidigare studier påvisat att klienter upplever att information inte kommuniceras samt att delaktigheten vid exempelvis beslut i SIP är låg. Enbart ett fåtal SIP beslut innehöll information om ett personcentrerat förhållningssätt (Larsson 2023, s.177-178).

### **3. Tidigare forskning**

#### **3.1 Kapitlets disposition**

I följande avsnitt kommer att tidigare forskning redovisas. Kapitlet inleds med processen av hur litteratursökningen gick till för att hitta respektive vetenskaplig artikel. Därefter redovisas 10 vetenskapligt granskade artiklar som är relevanta för att besvara studiens syfte och frågeställningar.

#### **3.2 Genomgång av litteratursökning**

I studien användes litteratursökning från olika databaser för att styrka tidigare forskning kopplat till studiens syfte och frågeställningar. Då användes databaserna: Libsearch och Swepub med en kombination av sökorden collaboration, social service, health care, substance abuse och Sweden. Sökorden var baserade på studiens syfte och frågeställningar. Vidare avgränsades sökningen med kriteriet att litteraturen skulle vara referegranskat samt att litteraturen skulle geografiskt baseras på forskning om Sverige för att bibehålla relevans till studies frågeställningar och syfte. En strikt begränsning om årtal fanns inte på grund av brist på forskning som var publicerade inom närtid, men ett önskemål förelåg om att artiklarna skulle vara publicerade inom ett tio årsspann. Äldre artiklar än det hanterades med hänsyn till publiceringsdatumet och endast information som ansågs vara tidlöst kom med i studien.

##### **3.2.1 Sökningar**

Två sökningar gjorde i databaserna Libsearch och Swepub den 26 mars 2024.

Den första sökningen uppstod på Libsearch med sökorden ” Collaboration, Social service, health care, Sweden” med avgränsningarna referegranskat, 2010-2024 samt geografiskt på Sverige, som gav upphov till 136 resultat. Då det resulterade i över 100 artiklar lades stort fokus på titelns relevans till studiens syfte. Då ansågs tio artiklar ha en relevant titel men där föll vissa artiklar på abstracten, vilket ledde till att fem artiklar lästes i fulltext efter abstracten och kom med i studien. Den andra sökningen gjordes på Swepub med sökorden ” Samverkan och samordnad individuell plan” med avgränsning på referegranskat, vilket gav tre resultat men där endast en artikel bedömdes innehålla relevant information i abstracten och valdes till i studien.

En sökning genomfördes den 27 mars 2024 i syfte att utöka och styrka studiens tidigare forskning. Sökningen genomfördes på Libsearch med sökorden ” Collaboration, Social service, health care, Sweden, Individual plan” och avgränsningarna Referegranskat och 2010-2024 vilket resulterade i 18 artiklar. Fem av dem ansågs ha en relevant titel men efter en genomgång av abstracten, lästes en artikel i fulltext och valdes till studien.

Efter reflektioner under arbetets gång ansågs det behövas fler artiklar till studien för att uppnå en god kvalitet under kapitlet tidigare forskning. De två sista sökningar på Libsearch genomfördes den 4 april 2024.

Sökningen på Libsearch utformades med sökorden ” Collaboration, Social service, health care, Sweden, CIP” och avgränsningarna var referegranskat och 2010-2024 som resulterade i fem artiklar. Av resultaten var tre av artiklarna redan valda sedan tidigare i studien. Då återstod endast två artiklar, med relevanta titlar, där abstracten bearbetades. Båda gick vidare till att läsas i fulltext och bedömdes därefter innehålla relevant information som kan ytterligare styrka studiens syfte och frågeställningar.

Sista sökningen genomfördes på Libsearch med sökorden ” Collaboration, Social service, health care, Sweden, Substance abuse”. Avgränsningarna även här var Referegranskat och 2010-2024. Sökningen resulterade i 35 artiklar och då syftet med sökningen var att hitta en sista artikel lästes endast tre abstracts där titlarna var relevanta till studien. En av artiklarna bedömdes innehålla väsentlig information till studien och utgjorde därför den sista vetenskapliga artikeln i studien.

Årtalen togs i åtanke under litteratursökningen vilket resulterade i att åtta av tio artiklar var publicerade inom ett tio årsspänn, vilket var ett önskvärt resultat för att bibehålla en uppdaterad information kring ämnet. Den äldsta artikeln publicerades år 2009, och hanterades med hänsyn till året men ansågs innehålla relevant resultat som kunde styrka studiens syfte. Den andra artikeln som inte innefattades inom det önskvärda tioårsspänn publicerades 2011, och enbart information som ansågs vara av betydelse kom med i studien. Litteratursökningen från Libsearch var den mest givande sökningen och resulterade i nio valda artiklar. En artikel från Swepub valdes till studien.

### **3.3 Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten**

Stödsystemet i Sverige är utformat parallellt där områdena missbruksproblematik behandlas av socialtjänsten medan psykisk ohälsa är sjukvårdens ansvar. Det presenterar Jones, Knutssons och Schöns (2022) i sin studie som handlar om personalens perspektiv på samordnad individuell plan vilket baseras på resultat från studiegrupper innehållande av 17 yrkesverksamma från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det parallella utformade stödsystemet ger därför upphov till att en samordnad vård och behandling behöver upprättas där de professionella inom respektive verksamhet behandlar deras respektive ansvarsområden samtidigt. En annan form av tillvägagångssätt av samordnad vård kallas för sekventiell. Detta tillvägagångssätt innebär att ett tillstånd måste först behandlas innan behandlingen för det andra tillståndet kan påbörjas. Inom målgruppen där vuxna har ett missbruk är det ofta förekommande att individer missbrukar i kombination med att lida av någon form av psykisk ohälsa. Därför är samverkan mellan sjukvård och socialtjänst nödvändig för att kunna tillgodose båda behoven. Jones m.fl. (2022) skiljer på samordnad vård och samverkan, där den samordnade vården implementeras under styret av ledningen, medan det informella samarbetet och samverkan sker mellan aktörerna genom olika anpassningar och avtal. Här är individens egen delaktighet och inflytande väsentlig och ska syfta till att genomsyra behandlingen.

Författarna Nordström, Josephson, Hedberg och Kjellström (2016) har utfört en studie baserat på intervjuer där de undersöker professionellas erfarenheter av samverkan. Nordström et al. (2016) påpekar att det är viktigt att förhålla sig kritiskt till kravet på samverkan eftersom samverkan inte har en tydlig definition gällande termer och målsättningar kring vad aktörerna vill uppnå med samverkan. Samverkan påverkas av faktorer som makt, status och revirstrider mellan verksamheter samt skilda målsättningar och kulturer inom en organisation, vilket leder till att det tar lång tid innan samverkan sker samt att det finns en otydlig ansvarsfördelning mellan organisationerna. I en samverkan med flera olika parter kommer det alltid finnas olika uppfattningar, perspektiv och värderingar som präglar hur samverkan fungerar (Ibid). Nordström et al. (2016) beskriver betydelsen av kommunikation och integrering. För att främja integrering och en funktionell kommunikation behövs det goda professionella relationer mellan verksamheterna för att vidare övervinna olika hinder.

### *3.3.1 Specialiserad vården*

Nordström et al. (2016) beskriver att vården blivit allt mer specialiserad vilket ökar behovet av att samverka för att vården ska kunna vara effektiv. Förklaringen till varför samverkan behövs är på grund av den ökade komplexiteten av brukarens behov och den ökade efterfrågan på välfärdstjänster. Vid en ökad specialisering inom olika professioner, bidrar det till en uppdelning av insatser för brukaren, vilket vidare gör det svårt för brukaren att veta vem som har ansvar för helheten. Detta leder till att det behövs en enhetlig vård för brukaren för att få till en brukarfokuserad samverkan (Ibid). Matscheck och Piuva (2022a) skildrar i sin artikel om integrerad vård för personer med psykisk ohälsa och missbruk med hjälp av att undersöka 25 dokumentationer av fall inom socialtjänsten. Matscheck och Piuva (2022a) resonerar liknande som Nordström et al. (2016) gällande att vården och omsorgen blivit allt mer specialiserad vilket dem menar på leder till icke flexibla begränsningar mellan organisationerna som i sin tur resulterar i en ineffektiv vård för klienten. Matscheck och Piuva (2023), i en annan studie, styrker resonemang kring den specialiserade vården. I studien undersöks effekterna av den samordnade individuella planen där resultatet baseras på intervjuer med 20 professionella inom socialtjänsten och sjukvården. Därtill framgick det att enskilda med både psykisk ohälsa och missbruk är den målgrupp som den specialiserade vården har som mest påverkan på, med avseende till de uppdelade ansvarerna (Matscheck & Piuva 2023).

### *3.3.2 Samordnad individuell plan (SIP)*

I Sverige upprättades det en lag som kallas samordnad individuell plan (SIP) som sätter krav på socialtjänsten och sjukvården att ingå överenskommelser med varandra, för klientens bästa. SIP är tydligt reglerat i lagen och innebär att när den enskilde har behov av insatser från både kommun och region samt ett behov av att insatserna samordnas, ska de två huvudmännen gemensamt planera med den enskilde om vilka insatser som är aktuella. För att en SIP ska upprättas krävs det att den enskilde samtycker till mötet, och eventuella lämpliga närstående, vilket medför att de berörda huvudmännen är skyldiga att närvara. Den enskilde kan även kalla till mötet av egen begäran. Mötet ska leda till en tydligt dokumenterad plan med en beskrivning kring när och hur respektive verksamhet ska genomföra sina insatser, exempelvis samtalsstöd eller medicinering. Ytterligare ska det framgå i planen vem som ansvarar för respektive insats, ifall åtgärder vidtas av

annan än kommun eller region samt vem som har det övergripande ansvaret (Nordström et al. 2016 ; Matscheck & Piuva 2023).

### *3.3.3 SIP i praktiken*

I Nordströms et al. (2016) studie har författarna utfört folkgruppsintervjuer med personal från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, ångående deras synpunkt på SIP som samverkansform. Deltagarna från hälso- och sjukvården poängterar att SIP tar upp stor tid från övrig verksamhet. Ett exempel de gav menade på att personalen upplevde svårigheter att välja bort patienter som stått i kö i väntan på tid för behandlingen för att istället behöva medverka på ett SIP-möte.

Konsekvensen av detta ledde till att den lagstiftade väntetiden överträdde de enligt lag max 30 dagar. Deltagare från socialtjänsten uttryckte att samverkansparterna som kommer till nätverksmöten, kommer dit med beställningar. Personalen upplevde att SIP kändes som ett konfliktshandlingsinstrument som användes för att tvinga en aktör till en önskad åtgärd, exempelvis att socialtjänsten ska ordna en placering utanför hemmet. Detta leder till att socialtjänsten inte får tid att reflektera över den önskade åtgärden och om den är lämplig utifrån krav i socialtjänstlagen (Nordström et al. 2016).

Resultatet från Jones m.fl (2022) studie påvisar ytterligare faktorer kring SIP i praktiken. Brist på tid vid SIP processen var ett av resultatet som framkom från studien, vilket vidare förklaras av att personal ofta inte har tiden som behövs för att samverka i en SIP process och upplever svårigheter att boka in SIP. Personalen kände en osäkerhet i utförandet av SIP och det ansågs att personalen var i behov av en ökad kunskap och tydligare rutiner gällande SIP processen. Däremot presenteras faktumet att deltagarna medgett i studien att ett SIP möte kan långsiktigt innebära effektivitet och tidsparande. Ytterligare resultat från både Jones m.fl (2022) och Nordström et al. (2016) visade på att det saknas empiriskt material kring SIP och att den allmänna kunskapen kring SIP processen är bristfällig.

### *3.3.4 Klientens delaktighet i SIP*

Matscheck och Piuva (2022b) har skrivit en studie om socialarbetarnas och sjukvårdspersonalens syn på delaktighet hos klienter med missbruk och psykisk ohälsa i en SIP. Studiens resultat utgår ifrån 20 semistrukturerade intervjuer med personal verksamma inom respektive område. Resultatet från studien visade på en ambivalens hos personalen, med avseende på delaktigheten i planeringen av vården i en SIP. Detta utifrån att personalen å ena sidan respekterar och stöttar klientens åsikter gällande vården och insatser men å andra sidan uppger att kraven från klienten ska dessutom passa organisationens struktur och regler (Matscheck & Piuva 2022b). Ytterligare studier visar på låg klientdelaktighet vid frågor som rör beslut och specifik hjälp. Det menas med att det inte föreligger tid eller fokus för klientens frågor trots att klienten närvarar på SIP-mötet. Dokumentationen brister i dessa fall gällande vad klienten uttryckt under SIP-mötet och därav framkommer inte klientens åsikter och önskemål i dokumentationen. Övriga tillfällen handlar istället om att klienten inte är välinformerad om mötets agenda och därmed per automatik upplevde en mindre kontroll över besluten och informationen som delgavs. Klienter upplevde att vårdgivare ställde krav i relation till insatser som klienter själva kände sig tveksamma till som i sin tur leder till att önskemål och behov riskerar att inte uppfyllas (Matscheck & Piuva 2022a ; Matscheck & Piuva 2022b ; Knutsson & Schön 2020).

### 3.4 Hinder för samverkan

Författarna Widmark, Sandahl, Piuva & Bergman (2011) har utfört en svensk studie baserat på intervjuer som framför hinder för samverkan inom offentliga organisationer, där bland annat socialtjänsten och hälso- och sjukvården medverkar. Widmark et al. (2011) beskriver att hinder för samverkan sker avseende till specialiseringen inom välfärdstjänster, vilket även styrks av Nordström et al. (2016) och Matscheck och Piuva (2023) som poängterar liknande i deras studie. Widmark et al. (2011) menar på att den rådande specialiseringen medför en risk att klienter hamnar mellan stolarna på grund av att professionerna inte ser en helhetsbild av klientens behov. Specialiserade organisationer inom den offentliga sektorn behöver därför samverka och utveckla ömsesidiga relationer och samarbetsfärdigheter. Samarbetsfärdigheter innebär att alla parter involverade behöver kunskap om potentiella hinder för samverkan för att de vidare ska kunna förbyggas när de uppstår. Denna kunskap menar författarna saknas inom både personalen och ledningen.

Widmark et al. (2011) beskriver ett ytterligare att hinder för samverkan som grundar sig i brist på förtroende, vilket orsakas av en bristfällig förståelse och kunskapsbrist mellan verksamheterna samt på fördomar orsakade av ett territoriellt tänkande. Kunskapsbristerna menar författarna på bidrar till orealistiska förväntningar och gränsöverskridande handlingar. För att förhindra detta krävs det ett osjälviskt tankesätt bland personalen, där det är nödvändigt att bygga förtroende mellan de som är inblandade, vilket författarna menar på är ledningens uppgift. Widmark et al. (2011) menar på att ledarskap och samverkan är nära kopplade och en av de viktigaste uppgifterna för chefer är att motivera personal att samverka frivilligt och med fullt engagemang. Detta uppnås genom att ge personalen tydlig information om gemensamma mål och tydliga riktlinjer för att uppnå en framgångsrik samverkan.

Under intervjuerna som Widmark et al. (2011) utförde framkom det av informanterna att de ibland upplevde att deras samverkanspartner saknade engagemang och hade brist på intresse kring vilket stöd de andra verksamheterna kunde erbjuda. Informanterna uppgav även att samverkansparterna hade orealistiska förväntningar på varandra som grundade sig i negativa erfarenheter av samverkan. Informanterna berättade även att de professionella hade eget ansvar vid samverkan, utan stöttning från ledningen med specifika rutiner och riktlinjer (Widmark et al. 2011). Nordström et al. (2016) styrker detta genom att beskriva att det sedan länge konstaterat ett behov av ökad kunskap kring hur olika organisationer och professioner samverkar kring personer med behov av sammansatt stöd.

Rämngård, Blomqvist, och Petersson (2015) har skapat en studie baserat på observationer där de lyfter organisationers skilda värderingar, baserade utifrån deras yrkesbakgrund. Författarnas iakttagelser visar på att bristen på kunskap om varandras organisationer skapade en frustration bland de professionella, specifikt bland yrkesgrupperna som representerande hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Deras delade värderingar uttrycktes genom diskussioner där vården prioriterade medicinska aspekter men socialtjänsten menade på att prioritera de

medicinska bekymren som medföljer. Detta ställningstagande styrker Magnusson and Lützén (2009) gällande hur brist på kunskap om varandras resurser kan hindra samverkan i form av att skapa konflikter mellan organisationerna. Studien undersöker faktorer som influerar samverkan mellan psykiatrivården och socialtjänsten, vilket baseras på fokusgrupper där professionella från hälsa- och sjukvård samt socialtjänst bidrog i. Studien presenterar att frågan om finansiering av behandling kan stå till grund för konflikter som uppkommer i samverkan där det inte framgår tydligt vem som betalar för vad, vilket i sin tur resulterar i att klientens vård inte kommer igång.

Skribenterna Källmén, Hed & H. Elgán (2017) har utfört en studie baserat på en datainsamling med syfte av att undersöka samverkan mellan socialtjänst och sjukvård vid missbruk. Källmén m.fl. studie identifierar hinder kring samverkan som liknar Widmarks (2011) et al. resultat. Författarna menar att hindren i samverkan grundar sig svårigheter med att fastställa gemensamma mål och syften, en bristande kommunikation och statuskillnader samt problem med att förstå varandras roller och ansvarsområden för individuella yrkesverksamma (Källmén m.fl. 2017).

## **4. Teori**

### **4.1 Val av teorier**

Valet av teori baseras på studiens syfte och frågeställning. Syftet med studien är att undersöka hur samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården porträtteras för vuxna med missbruk utifrån upplevelser av personal med socionomutbildning inom verksamheterna samt hur samverkan mellan verksamheterna kan påverka klienterna. Därav ansågs det vara nödvändigt att välja en teori som syftar att undersöka samverkan och hur en samverkan både kan hindra och möjliggöra arbetet. Det ansågs också vara lämpligt att välja ytterligare en teori som skildrar offentliga organisationer strukturer som beskrivs utifrån det kulturella- och instrumentella perspektivet.

Danermarks teori om samverkan ansågs vara en lämplig teori utifrån det faktum att Danermark (2000) fokuserar på den samverkan som sker inom människobehandlade organisationer. Då syftet i denna studie baseras på två människobehandlade organisationer, socialtjänsten och hälso- och sjukvården, bedömdes Danermarks teori vara tillämpbar till studien. Danermark (2000) poängterar dessutom tre grundläggande faktorer till samverkan som ytterligare kunde tillämpas i resultatet och analysen. Organisationsteorin av Christensen et al. (2005) var den andra teorin som valdes ut till studien eftersom den belyser offentliga organisationers strukturer och huruvida det kan skapas intressekonflikter mellan två organisationer. Detta anses vara av värde för att vidare kunna besvara studiens syfte och frågeställningar.

### **4.2 Samverkansteori**

Danermark (2000, s.15-17) har i sin bok valt att fokusera på den samverkan som sker i människobehandlade organisationer och på vilka sätt samverkan inom dem organisationerna kan sätta prägel på samverkan. För andra organisationer kan samverkan handla om att uppnå ett resultat i form av exempelvis en byggnad. När det gäller samverkan i människobehandlade organisationer är det däremot annorlunda. Det är dels människor som samverkar om människor, dels att

människan i frågan också har frågor och synpunkter som ska tas i beaktning. De så kallade klienterna blir därmed både subjekt och objekt i samverkansprocessen. Ytterligare en skillnad mellan andra organisationer och människobehandlande organisationer i samverkan är det faktum att det råder en form av konkurrens om hur det gemensamma problemet ska definieras, förstås och åtgärdas. Åsikterna om problemet skiljer sig inom de berörda parterna vilket kan skapa konkurrens om inflytandet över kunskapsdimensionerna och därmed påverka målsättningen och insatsutvärderingen. Därför ska samverkan, enligt Danermark (2000, s.17) ses som en lärande process där makt, inflytande och känslor också bör tas i beaktning i samverkan. Danermark (2000, s.18-19) betonar vidare vikten av att ha en aktiv och tydlig ledningsgrupp, vilket han menar på ofta brister och är i vissa fall till och med obefintliga. Det gäller både ledningsgruppen för samverkansprocessen och den övergripande ledningsgruppen. En frånvarande, passiv eller okunnig ledning kan resultera i att påverka samverkan negativt. Detta kan i praktiken innebära att en verksamhet använder sig utav kompetensargument, vilket innebär att ledningen avsäger sig ansvaret för samverkan för de antar att samverkansgruppen besitter tillräcklig kunskap. Annan form är demokratiargumentet där ledningen väljer att säga till samverkansgruppen att övning ger färdighet. Brist på tid är ytterligare en anledning till att en ledning inte har möjlighet att delta eller vara närvarande i samverkan.

Danermark (2000, s.14) presenterar vad som han anser vara tre grundläggande förutsättningar för samverkan; kunskap, regelverk och organisation. Danermark (2000, s.23) väljer dock att bena ut definitionen om teori. Teori används som en form av att försöka lösa konkreta och praktiska problem vilket kan i vissa fall skapa irritation. Den som teoretiserar ett problem kan ibland ses som okunnig i faktiska frågan, men Danermark (2000, s.23-24) menar på att all form av arbete kräver en viss typ av reflektion. Det kan ta sig i uttryck i att det finns antaganden om problemet i samverkan om hur det ska lösas och angripas, vilket speglas i det praktiska handlandet.

Inom de människobehandlade organisationer är skiljelinjen gällande kunskap svårare att urskilja, enligt Danermark (2000). Människan, som är utgångspunkten i samverkan, består av biologiska, psykologiska och sociala delar vilket resulterar i att kunskapsområdena och teorierna inom dem delarna möts i en samverkansprocess. Därmed har de aktuella aktörerna olika sätt att angripa och reflektera kring problemen utifrån respektive kunskapsområde. Människan är en helhet och kan inte brytas ner i olika komponenter på liknande sätt som en byggnad kan. En samverkan blir aktuell för människobehandlade organisationer eftersom det grundläggande problemet oftast förekommer inom alla delar (Danermark 2000, s.25-26). Trots att det är en allmän insikt att människan är en helhet, kan det uppkomma utmaningar i samverkan. Makt är ett exempel på sådan vad gäller kunskapsaspekten. I en samverkan kan vissa yrkesgrupper anses besitta en högre status och prestige än andra vilket leder till att deras kunskap och ord väger tyngre. Detta trots att allas kunskaper är lika viktiga i problemet. Ju större klyftan är i maktbalansen, desto större sannolikhet är det att samverkan fallerar (Danermark 2000, s.26). Ytterligare en skildring i kunskapsaspekten gäller den teoretiska ställningstagande. Då flera professioner är delaktiga i en samverkan innebär det att de företräder deras respektive kunskapsområde och teoretiska bakgrund, vilket i många fall skapar en oenighet och styr därför problemlösningsformuleringen – både medvetet och omedvetet. I sådana situationer krävs det av båda parterna att göra oenigheten till en tillgång genom



god kommunikation, att förklara och beskriva respektive teoretiska ställningstagande. Genom detta kan det förstås att språket är en viktig faktor till en god samverkan. Professioner talar olika språk beroende på yrkeskategori och använder sig utav specifika begrepp för arbetsområdet. En förklaring på respektive begrepp och "språk" kan underlätta samverkan då det leder till en ökad förståelse och begriplighet för andra professioner. Det är dock värt att tillägga att vissa begrepp har ett visst specifikt innehåll som inte går att översätta till vardagssvenska utan att riskera att ta bort den teoretiska innehållet. Dessutom bidrar begrepp till tidseffektivitet och en sammanställning av ett problem (Danermark 2000, s.28-30).

En annan grundläggande förutsättning för samverkan menar Danermark (2000, s.32-33) är organisationen. Det som kan påverka samverkan i första hand kan bero på beslutsfattandet, var och hur fattas besluten i organisationen? Detta skiljer sig och kan därför prägla samverkan med andra. I vissa organisationer är beslutsfattandet delegerat ut medan i andra sker beslutsfattandet hos ledningen. Det blir därmed svårare att fatta gemensamma beslut vilket riskerar att skapa obalans, ineffektivitet eller irritation. I dessa fall kan arbetet bli försenat i väntan på att vissa ska få svar eller behöva övertyga beslutsfattare. Danermark (2000, s.34-36) påpekar att ledningen kan undvika att delegera ut beslutsrätten i ärenden som rör samverkan. En orsak till det är att cheferna har ett bristande förtroende gentemot personerna som är delaktiga i samverkansprocessen. Å andra sidan om ledningen ska delegera ut beslutsrätten har ledningen en skyldighet att se till att personerna besitter god kunskap och tillräckliga resurser för att verkställa de delegerade besluten. En annan orsak kan handla om att cheferna avsäger sig ansvaret på grund av ovilja och väljer att lasta över ansvaret över beslutsfattandet till andra. Detta trots att personerna i fråga inte får ersättning, betalning eller tid för det. Samverkan kan påverkas av att organisationer är decentraliserade således att beslutsrätten har delegerats ut till olika grupper. Det finns därav inte en gemensam grupp som representerar hela organisationen och i samverkan med starkt centraliserade organisationer riskerar det att bli kollidera. De centraliserade organisationerna upplever svårigheter med att utdela information, samla resurserna eller fatta beslut i frågor. Danermark (2000, s.36-8) tar upp att den politiska styrningen kan påverka möjligheterna till en effektiv samverkan. Hälso- och sjukvården styrs minimalt av politik medan i socialtjänsten är den politiska styrningen högst omfattande. För läkare inom sjukvården styrs deras beslut av vetenskap och beprövade metoder där det föreligger tydliga riktlinjer om beslut medan för en socialsekreterare på socialtjänsten tas besluten av lokala politiker. Om den politiska styrningen är liten är frihetsgraden stor hos verksamheterna. I samverkan kan däremot verksamheter med olika frihetsgrader komma i kontakt med varandra och krocka. Här gäller det för samverkansparterna att acceptera och vara medvetna om olikheterna för att lyckas med samverkan. Annars riskerar det att psykologiseras och verksamheterna skyller på personkemi.

Danermark (2000, s.41-45) tar upp den sista förutsättningen för samverkan, ett nära besläktat fenomen till organisatoriska förhållanden, nämligen regelverk. Här innefattas så väl lagar och förordningar som anvisningar från centrala instanser. Regeringen och riksdagen har i uppgift att besluta om vart ansvaret för en verksamhet skall ligga, vilket är ett ansvar som inte går att fråntas trots att uppgifterna kan delegeras ut. I samverkan kommer verksamheter med olika grad av ansvar och därmed olika typer av roller att mötas vilket innebär att en verksamhet kan ha ett övergripande ansvar i jämförelse med andra i samverkan.

Det som kan utvecklas till ett problem är i de fall där personerna med makt och inflytande börjar bestämma om andras områden som inte relevanta för dem. Personen med makt gör intrång och använder sig utav maktmissbruk. Genom att förtydliga lagar och regler hos respektive verksamhet i tidigt skede leder det till färre missförstånd och problem. Alla verksamheter förhåller sig till regelverk och blir mer eller mindre begränsade av den, men det kan förekomma att en verksamhet gör sig begränsade av regelverket för att bibehålla rutiner och arbetssätt. Det kan handla om en okunskap i reglernas tolkningsutrymme. Det är i sådana tillfällen viktigt att gå igenom de formella och informella reglerna för respektive verksamhet för att tolka lagstiftningen för att utgöra om lagarna faktiskt är en begränsning eller inte.

### **4.3 Organisationsteori**

Christensen et al. (2005) presenterar organisationsteori som beskriver den offentliga sektorns utmaningar och omfattande omställningsprocesser. Inom offentlig politik är både processer och struktur viktiga komponenter. Processer menas med de aktiviteter och beteenden som utspelar sig över en tid, vilket bland annat kan vara beslutsprocesser eller lärandeprocesser. Strukturer menas med de fasta ramar eller bindningar som processer utspelar sig inom.

Organisationsstrukturerna innefattar rollförväntningar och regler för vem som bör göra vad, och hur det bör utföras. Däremot säger inte organisationsstrukturen något om hur medlemmarna inom organisationen ska handla men ges vidare ramar och förutsättningar för det. För att beskriva strukturer inom organisationer är det av betydelse att skilja på formella och informella regler. Formella normer specificerar procedurer och tillvägagångssätt samt vilka ansvar, rättigheter och plikter som läggs på olika enheter och anställningar. Informella normer handlar mer om värderingar i etablerade traditioner och organisationskultur som medlemmarna i organisationen tillskriver sig genom erfarenhet och vardagligt arbete tillsammans med andra kollegor (Christensen et al. 2005, s. 27-28).

Christensen et al. (2005) beskriver det kulturella perspektivet i form av organisationskultur som hör samman med de informella normerna och värderingarna som skapas och har betydelse för verksamheter.

Organisationskultur beskrivs som något som "sitter i väggarna" där kunskapen erhålls genom att befinna sig inom verksamheten och som vidare åstadkoms genom socialisering. Författarna förklarar även det instrumentella perspektivet genom att beskriva hur formella organisatorer utformas med olika former av specialisering och samordning. Huruvida en organisation är specialiserad och samordnad beskriver vilka positioner och underenheter organisationen består av, samt förhållandet till andra organisationer som den samverkar med. En byråkratisk organisation beskrivs av författarna präglas av hierarki, arbetsfördelning och rutiner. Hierarki menas med de över- och underordningen som finns inom organisationer, exempelvis att det finns olika avdelningar eller sektioner som är underordnas av en politiska och administrativ ledning. Arbetsfördelning innebär att organisationen grupperas in i olika enheter, vilket författarna kallar för horisontell specialisering. Med rutiner menas med de regler och procedurer för vem som ska utföra vissa uppgifter och hur de ska utföras. Regler och procedurer gäller organisationsmedlemmarna, de som har plikten att utföra uppgifterna. Utifrån att tid är begränsat kan organisationsmedlemmarna inte delta i alla frågor

som berör dem vid varje tidpunkt. Genom befintliga rutiner kan kända problem kopplas till handlingsalternativ men vid okända problem där konsekvenserna är osäkra, kan inte de problemen hanteras genom etablerade regler och procedurer vilket leder till en etablering av tillfälliga rutiner och organisationslösningar (Christensen et al. 2005, s. 42-43).

Offentliga organisationer ses som enhetliga aktörer och styrs av viljestyrda val med utgångspunkt i gemensamma mål. Christensen et al. (2005) menar att trots detta kan olika individer och grupper inom en organisation vara upptagna av att sträva efter skilda mål och intressen. Organisationerna präglas även av att de måste förhålla sig till andra organisationer som har andra mål och intressen. Detta förklaras som heterogenitet eller mångfald och resonemanget kan beskrivas som koalitioner där varje verksamhet handlar målrationalt, utifrån eget intresse. Organisationerna kan även hamna i korrelationer med externa aktörer som även där handlar utifrån sina egna intressen (Christensen et al. 2005, s. 43).

Denna intressefördelning samt hur resurser tilldelas inom en organisation, påverkas av hur organisationen är skapad, exempelvis om aktörerna har specialiserade roller eller ansvar för specifika uppgifter inom organisationen. Resurserna som organisationerna har för att hävda sina intressen ingår i den formella strukturen och visas genom att den ena organisationen möjligtvis har starkare ekonomiskt stöd och därigenom mer inflytande på beslut. För att en intressekonflikt mellan två organisationer ska lösas är det av stor betydelse att aktörerna framställer en kompromiss mellan olika intressen (Ibid).

## **5. Metod**

### **5.1 Förförståelse**

Förförståelsen som föreligger kring studien grundar sig i tidigare erfarenheter inom socialtjänsten. Dessa erfarenheter har bidragit med ett synsätt utifrån socialtjänstens perspektiv, vilket är ett perspektiv som baseras på egna iakttagelser på socialtjänstens arbetsplats i form av personalens förförande och deras rådande kultur. Egna erfarenheter och uppfattningar kring socialtjänsten samt avsaknad erfarenhet om hälso- och sjukvården kan påverka studiens resultat i den mån att omedvetet bli partisk och icke neutral när materialet ska presenteras och redogöras. Det kan även påverka genomförandet av studiens valda metod, semistrukturerade intervjuer, genom att under och efter intervjun ha en avsaknad av empati och förståelse för vad informanter inom hälso- och sjukvården uppger. Det anses därför vara av vikt att erhålla en objektivitet i mötet med intervjupersonerna från respektive verksamhet. I studien har också en intervjuguide (Se bilaga 1) utformats med neutrala och öppna frågor för att bibehålla en objektivitet gentemot informanterna. Intervjuguiden syftar även till möjligheten att ställa samma frågor till alla deltagare oberoende på vad deltagaren har för yrkestitel samt möjligheten att följa en röd tråd utifrån studiens syfte och frågeställningar.

Som samhällsforskare anses det inte vara möjligt att bibehålla en objektivitet eller neutralt förhållningsätt till fullo eftersom det föreligger en konstant prägel av eget perspektiv och synsätt inom området. I samhällsvetenskapliga arbeten kommer alltid värderingar spela en roll vilket leder till att forskaren måste agera utifrån subjektiva förutsättningar. Detta har gett upphov till att en redogörelse kring de

besittande värderingar och förförståelse presenteras i studien samt att det framgår en tydlig genomgång kring arbetssättet, beskrivningar och resultat (Holme & Salvong 1997, s. 330). Att vara medveten om vår förförståelse ger också upphov till att vi eftersträvar att förhålla oss objektivt gentemot informanterna och genomgående i studiens alla delar.

## **5.2 Tillvägagångssätt**

### *5.2.1 Metodval*

Den metod som ansågs som mest lämplig för studien var intervjuer, vilket är anledningen till att personal från socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården valts ut utifrån urvalskriterier och därefter intervjuats för att kunna besvara studiens frågeställningar. Denna val av metod ansågs som mest lämplig utifrån faktumet att metoden resulterar i en närmre kontakt med människorna och miljön som studien baseras på vilket bidrar till en större förståelse och mer nyanserad kunskap om verksamheterna (Ahrne & Svensson 2022, s. 15). Genom att fråga personalen inom respektive verksamhet om deras arbete och upplevelser om samverkan ges även den kreativa uppslagen att fortsätta arbetet och studien. Intervjuerna bidrar därför med insikter om förhållandena och sociala faktorer i frågor som berör samverkan samt individers upplevelser och intressen, vilket är en central faktor i studien (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2022 s. 56).

Rennstam och Wästerfors (2015) resonerar att intervjuer medför en mångsidig livsvärld av intervjupersonen, istället för en enhetlig bild. En livsvärld som genomsyrar intervjupersonens erfarenheter samt kontakter och aktiviteter. Intervjuer kan således skildra personens livsvärld genom personens agerande som visas och blir begripligt. Författarna menar att kvalitativa intervjuer öppnar möjligheten för tvetydigheter och bygger på en mellanmänsklig interaktion (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 28-29).

### *5.2.2 Datainsamling*

I studien används en semistrukturerad intervjumetod och en intervjuguide som utformades med hjälp av relevanta teman för att tydliggöra studiens ämne och kunna besvara frågeställningarna. Bryman och Bell (2017) beskriver att semistrukturerade intervjuer bör användas när forskaren har en lista med specifika teman som ska beröras i intervjuerna, men att intervjupersonen ändå ges utrymme att formulera svaren på sitt sätt (Bryman och Bell 2017, s. 454). Detta skapas utifrån en intervjuguide. En semistrukturerad intervju beskriver författarna vara lämplig när forskaren inleder sin undersökning med tydligt fokus, istället för att endast undersöka ett tema eller område (Bryman och Bell 2017, s. 456).

Intervjuguiden som användes i studien präglas av ämnen som inkluderar: *Samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, kunskap om varandras verksamheter samt påverkan på klienten.* Dessa ämnen uttrycks med hjälp av öppna frågor som ger intervjupersonen möjlighet att svara utan att bli påverkad av frågans uppbyggnad, vilket vidare leder till en neutral inställning. Intervjuguiden är även uppbyggd med hjälp av följdfrågor ifall att intervjupersonen behöver stöd för att utveckla och formulera ett djupare svar eller för att komma vidare i intervjun. Intervjuguiden är konstruerat på ett sådant sätt att intervjupersonen själv kan styra hur intervjun ter sig men samtidigt används guiden för att förhålla sig till

studiens syfte och frågeställningar. Rennstam och Wästerfors (2015) menar på att intervjuguiden formar det material som sedan analyseras och fastställer de ämnen och frågor som tas upp i intervjun, där författarna skiljer på tematiska och dynamiska aspekter på intervjuguiden. I studiens intervjuguide har en tematisk aspekt använts. (Rennstam och Wästerfors 2015, s. 28-29). Bryman och Bell (2017) beskriver att i en semistrukturerade intervju, bör intervjuguiden innehålla en kort minneslista över vilka frågeställningar som ska täckas eller beröras och att det som är avgörande är flexibiliteten som intervjuguiden rymmer (Bryman och Bell 2017, s. 459).

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2022) beskriver betydelsen av mellanmännsliga kompetenser för att få en framgångsrik intervju. Den mellanmännsliga interaktionen blir synliggjord genom att inledningsvis ställa vänliga frågor som ska visa på ett intresse av den intervjuades synpunkter och erfarenheter. Med anledning av detta inleddes varje intervju med inledande frågor som ger den intervjuade utrymme att få prata om sin arbetslivserfarenhet samt om titel och yrkesroll. I de fall där den intervjuade inte besvarade frågorna tillräckligt, omformulerades frågan och ställdes på nytt för att ytterligare ge den intervjuade möjlighet att tänka efter och kunna besvara frågan mer djupgående. Om den intervjuade gav långa svar visades ett verbalt intresse genom att bekräfta via kroppsspråk eller enkelt uttrycka bekräftande ord. I övrigt har den intervjuade blivit bekräftad genom att intervjuarna använt personens egna ord vid följdfrågor och kort sammanfattat det som har sagts. Dessa tekniker vid intervjuer är specifika utifrån vad Eriksson-Zetterquist och Ahrne menar på vilket sätt en intervju ska utformas och genomföras på (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022, s. 67).

### *5.2.3 Urvalskriterier*

För att göra ett urval av intervjupersoner har studien utgått ifrån en tvåstegsurvalsprincip vilket innebär att frågeställningen handlar om förhållanden som har med organisationer av olika slag att göra. Det handlar därför om att utforma ett urval och begränsning av organisationer och även fastställa det. Efter det ska individer som kan bidra till adekvat information väljas ut. I studien är de valda organisationer socialtjänsten och hälso- och sjukvården (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015, s. 56).

Urvalskriterier för informanterna inom respektive verksamhet fastställdes med beaktning av att informanterna skulle uppfylla kriterier som ansågs vara av betydelse till studiens valda ämne. Urvalskriterierna för deltagare inom socialtjänsten sammanställdes där det ursprungligen efterfrågades totalt fyra socialsekreterare med en socionomutbildning med erfarenhet av att handlägga ärenden som rör vuxna med missbruk och erfarenhet av att samverka med sjukvården inom den valda kommunen. En socialsekreterare valde att ställa upp från den valda kommunen. Urvalskriterierna för socialsekreterare inom samma kommun gick inte att fullfölja på grund av brist på socialsekreterare som återkopplade och hade möjlighet att ställa upp på intervju. Därför utvidgades det geografiska området från den valda kommunen till hela länet som resulterade i att ytterligare två socialsekreterare hade möjlighet att delta på en intervju. Ett undantag utfördes gällande urvalskriteriet kring titel och utbildning då en behandlare från socialtjänstens öppenvård inom länet hade möjlighet att delta på intervju. Kriterierna angående titel och utbildning förbisågs då informanten i fråga

bidrog till relevant och adekvat information samt att den titel och utbildning personen besatt ansågs ha en liknelse med socionomutbildningen. Informanten var dessutom verksam inom socialtjänstens regi och uppfyllde kriteriet gällande klientmålgruppen samt erhöll erfarenhet av att samverka med sjukvård. Detta ledde till att det totalt intervjuades tre socialsekreterare med socionomutbildning verksamma inom socialtjänsten samt en behandlare med specialpedagogutbildning som arbetar inom socialtjänstens öppenvård. Alla inom denna kategori hade erfarenhet med att handlägga ärenden gällande vuxna med missbruk i ett år eller mer.

Urvalskriterier som efterfrågades inom sjukvården bestod av det skulle vara personal inom hälso- och sjukvården med erfarenhet av att handlägga ärenden som rör vuxna med missbruk och att samverka med socialtjänsten. I kontakt med sjukvården togs det stor beaktning på sjukvårdens arbetsbelastning vilket medförde att det inte eftersöktes specifika professioner. Det viktigaste urvalskriteriet var att personen skulle ha erfarenhet att samverka med socialtjänst samt handlägga ärenden gällande vuxna missbrukare. Urvalskriteriet gällande den valda kommunen kvarstod och uppfylldes. Intervjupersonerna som hade möjlighet att delta på intervjuer inom sjukvården bestod av kuratorer för vuxna med missbruk med en bakomliggande socionomutbildning verksamma inom den ursprungligt valda kommunen. Kuratorer inom hälso- och sjukvård ansågs som lämpliga informanter då dem i arbetet ofta samverkar med socialtjänsten samt att de bidrog med relevant information till studien. Det förelåg en önskan att intervjua personal med en sjukvårdsutbildning för att undersöka upplevelser av samverkan utifrån olika kunskapsgrunder. Däremot var detta inte uppnåbart på grund av bristande intresse och ingen återkoppling. Det resulterade i att syftet till studien omformulerades till att enbart fokusera på personal med socionomutbildning och deras upplevelser av samverkan inom respektive verksamhet.

#### *5.2.4 Genomförande*

Det genomförande som användes för att komma i kontakt med respektive verksamhet påbörjades med att söka upp kontaktuppgifter via verksamheternas hemsidor inom valda kommun. Där kunde mailadresser och telefonnummer identifieras. Det skickades därmed ut ett informationsbrev (Se bilaga 2 & 3) till verksamheterna som hade mailadress annars togs kontakt via telefonnummer för att få kontaktuppgifter till en enhetschef eller annan ansvarig personal. Ett informationsbrev skickades till ansvariga därefter. Informationsbrevet innehöll studiens syfte, urvalskriterier, information om intervjun, samtyckesblankett samt anonymitet. Genomförandet för att boka intervjuer skiljde sig från respektive arbetsplats. Vissa arbetsplatser vidarebefordrade informationsbrevet till anställda för att undersöka vilka som var intresserade, medan i en annan verksamhet skedde direkt vidarekoppling via telefonkontakt där intervju bokades för att i efterhand bifoga informationsbrev och bekräftelse av tid och plats. Fyra av sju intervjuer genomfördes via Microsoft Teams respektive Zoom medan tre intervjuer genomfördes på personens arbetsplats.

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2022) skildrar det som anses vara väsentligt i intervjuer som sker digitalt. Författarna menar att det är viktigt att intervjuaren får information om studien och samtyckesblanketten innan intervjun har startat.

Intervjuerna ska vara förbereda tekniskt och information ska ges vid inspelning. För att uppnå detta i studien informerades intervjupersonen att intervjun spelades in från en mobiltelefon vilket medförde att ingen bild eller video på intervjuerna finns att komma åt. Det informerades ytterligare att informantens personliga uppgifter kommer anonymiseras genom att arbetsplats och specifik kommun inte kommer att synliggöras, utan endast titel. I tre av intervjuerna utgavs samtyckeblanketten efter intervjuens genomförande vilket skedde i samråd med informanten. Informationen kring transkribering och hantering av material redogjordes också till informanten innan intervjun samt möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande utan förklaring (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022, s. 72). Inspelning av intervjun genomfördes med samtycke vilket samtliga intervjupersoner utgav. Författarna menar att tekniken behöver vara enkel och säker och att intervjuerna ska tillförsäkra att intervjupersonen känner sig bekväm.

När intervjun var genomförd uppkommer nästa del, transkribering. För att transkribera har vi använt oss utav Office Words egen funktion för att diktera och sedan transkribera. En risk som författarna menar på med transkriberingsprogram är att programmet ibland inte förstår sammanhanget eller dialekten och vidare blandar ihop ord. Med insikt om detta har materialet noga kontrollerats och granskats i efterhand och eventuella fel i transkriberingen rättades (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2022, s. 75). Att läsa igenom och rätta respektive transkribering delegerades mellan oss där en fick läsa och rätta fyra intervjuer och den andra hade samma ansvar över resterande tre. För att ytterligare säkerställa att allt material kom med i transkriberingen och att båda hade insikt och kunskap om alla intervjuer, läste vi varandras rättade transkriberingar. Därefter när allt var rättat, raderades ljudinspelningarna från mobiltelefonen. I transkriberingsdokumenten benämndes alla personer som var närvarande i intervjun för talare 1, 2 och 3.

### 5.2.5 Tillvägagångssätt vid analys

När transkriberingen för alla intervjuer var rättade lästes transkriberingarna igenom för att bearbeta och förstå materialet. Därefter kunde analysprocessen påbörjas och detta gjordes med hjälp av Brauns och Clarks (2021, s.4) utarbetade metod som används för att tolka och analysera mönster i en kvalitativ studie, så kallad tematisk analys, som visas i tabellen nedan:

Tabell 1. I tabellen beskrivs Brauns och Clarks (2021) sex steg i tematisering förfarandet.

Faser		Beskrivning av faserna:
1	Bekantskap med material	Här innefattas att transkribera, läsa och bearbeta materialet, lära känna materialet och skriva ner första utkast om information.
2	Skapa initiala koder	Systematiskt bearbeta materialet och utkastet om information. Koder från varje material ska skapas utifrån vad som kan anses vara relevant till forskningsstudien.
3	Skapa teman	Bearbeta alla koder och eftersök relevanta och gemensamma teman, skapa en karta över teman och underteman.
4	Granska teman	Undersök att teman stämmer överens med koderna och materialet, utforma och konkretisera en tematisk överblick för analysen.
5	Definiera och namnge teman	Förfina detaljer för varje tema och historien som analysen skildrar, genererar i tydliga namn och definitioner för varje tema

6	Nerskrivningen av analysen	Slutgiltiga analysen av utvalda utdrag och övertygande exempel som är relevanta till forskningsstudien.
---	----------------------------	---

Första steget handlar om att lära känna sitt material och förstå den (Braun & Clark 2021, s.42). Genom att transkriberingen lästes igenom flera gånger av oss kunde en bekantskap bildas med materialet. Under tiden transkriberingar bearbetades och lästes igen markerades även relevant information i förhållande till syftet och frågeställningarna. Övrig information eliminerades som inte ansågs vara av värde. Efter att ha bildat en bekantskap med materialet övergicks det till fas 2 av tematisk analys, nämligen att koda (Braun & Clark 2021, s.60-61). Denna process påbörjades genom att bearbeta intervjuerna var för sig och skriva ner alla relevanta stycken, citat och meningar som ansågs vara av värde i förhållandet till syftet för att möjliggöra bildandet av koder. Varje information som ansågs vara relevant kodades antingen ihop med en redan existerande kod eller bildade ny kod. Därefter jämfördes alla koder med varandra för att hitta gemensamma nämnare och sammanställa alla koder som vi hittat var för sig. När alla koder identifieras påbörjades nästa fas, att tematisera koderna (Braun & Clark 2021, s.78-79, 97-98, 108, 111-112). Fas 3,4,5 har ett sammanhängande innebörd, att bilda teman, och kunde därför genomföras i samband med varandra. I diskussion med varandra uppmärksammades att koderna började ge utslag för gemensamma faktorer som vi ansåg kunde bilda teman. En tema-karta skapades för att få en tydlig överblick över alla koder och då även eventuella teman och underteman. Då frågorna från intervjun baserades på informanternas upplevelser ansågs det vara rimligt att bibehålla det som ett tema för att styrka syftet och underlätta att svara på forskningsstudien. Däremot togs det i beaktning att vissa svar som uppkom gällande upplevelser av samverkan kunde sammanlänkas till andra teman också, vilket innebar att en tydlig skiljelinje behövde fastställas. Kunskap var ett tema som bildades utifrån materialet eftersom det var ett återkommande ämne som informanterna uppgav. Vidare fanns det koder som handlade om klienten och därav bildades det sista teman påverkan på klienten.

### 5.3 Generaliserbarhet och trovärdighet

Studien utgår från kvalitativ forskning vilket ställer krav på trovärdighet och generaliserbarhet. Ahrne och Svensson (2022) beskriver att forskarens trovärdighet hör samman med möjligheterna att generalisera, vilket innebär att uttrycka sig om ett annat område än de som har studerats. För kvalitativa studier måste generaliserbarhet utföras med bedömningar om resultatet av studien går att överföra på andra personer eller miljöer, som är relevant för det originella arbetet. Författarna ger som exempel på generaliserbarhet genom att jämföra sin studie med andra liknande studier. Denna studie utgår från ett ämne som har forskats och studerats om i andra studier, vilket bidrar till att vår studie och andra kan jämföra resultat för att öka trovärdigheten. Genom att utforska mer än en miljö för att vidare jämföra de olika fallen, kan man därefter börja med generaliserbarheten inom kvalitativ forskning. En generaliserbarhet för vår studie kan även inkludera liknande studier på olika orter eller olika typer av missbruk. Ett annat sätt kan även inkludera att överföra studiens resultat till andra verksamheter än just socialtjänsten och hälso- och sjukvården (Ahrne och Svensson 2022, s. 33-34).

Ahrne och Svensson (2022) beskriver betydelsen av trovärdighet i kvalitativ forskning. En kvalitativ samhällsforskare måste skapa trovärdighet på andra sätt



än naturvetenskapliga studier. En kvalitativ uppsats kan bli trovärdig genom flera sätt. En av dessa kallas transparens, vilket innebär att studien kan diskuteras och kritiseras. Denna studie kan öppna upp flertal diskussioner kring samverkan och kan därefter kritiseras i flera aspekter, exempelvis genom valet av målgrupp som inte har fått uttrycka sig av sina erfarenheter av samverkan. Ett annat sätt kallas triangulering, vilket innebär att man kombinerar olika metoder, typer av data, teoretiska perspektiv eller forskare för att studera samma fenomen, vilket leder till en mer objektiv studie. I denna studie råder två olika teoretiska perspektiv samt flera forskare under tidigare forskning som diskuterar samma fenomen med både skilda och liknande resultat (Ahrne och Svensson, 2022 s. 32-33).

#### **5.4 Etiska aspekter**

Konsekvenser som kan ske med anledning av intervjuerna är att informanternas uttalanden identifieras av utomstående som läser vår studie, vilket vidare kan potentiellt leda till interna konflikter på arbetsplatsen. Vetenskapsrådet (2017) förklarar att forskaren har ansvar för att förebygga skadan som kan ske i de fall informanternas identitet röjs för omgivningen. För att värna om informanternas integritet valdes att endast informera läsaren om informanternas titel samt att alla eventuella personliga förhållanden som kom med i studiens transkriberingar anonymiserades eller raderades. Att radera transkriberingarna är dessutom ett sätt att förebygga att en identitet röjs då rösten är en form av identifikation och ett personligt attribut.

Vetenskapsrådet har fastställda krav för att uppnå ett etiskt förhållningssätt för forskningsstudier. För det första krävs det att forskaren tar särskilt ansvar gentemot de människor som medverkar i forskningen samt att forskaren förväntas göra sitt bästa för att genomföra forskningen med en hög kvalitet (Vetenskapsrådet 2017, s. 8). Då intervjuer används som forskningsmetod föreligger ett forskningsansvar enligt individskyddskravet att skydda individer som medverkar i forskningen från skada och kränkning. Således ska studien syfta till en kvalitativt god forskning med ett relevant syfte där deltagare ska samtidigt skyddas. Det beskrivs på detta sätt:

Vid enkäter och intervjuer kan kravet på skydd av de medverkandens identitet tillgodoses genom användningen av kodnycklar och genom att svaren markeras och anonymiserar. - Vetenskapsrådet 2017, s. 28

Genomgående i studien har Vetenskapsrådets riktlinjer och principer genomförts för att åstadkomma och bibehålla en god forskningsetik. I studien har individskyddskravet åstadkommit genom att intervjupersonerna delgivit information gällande studiens frågeställning och syfte innan intervjuerna för att dels ha en övergripande uppfattning dels för att bestämma ifall intresset om ämnet finns. Ytterligare har intervjupersonerna tagit del av information gällande samtycket och rätten att när som helst avbryta sin medverkan utan att förklaring behövs, där de även blivit tilldelade en samtyckesblankett. Med anledning av att det var nödvändigt att spela in intervjuerna, för att bearbeta materialet i efterhand och presentera adekvat resultat, lades stor vikt vid att förmedla det till intervjupersonerna samt berätta hur hanteringen av materialet kommer att behandlas. Varje intervjupersons personliga förhållanden anonymiserades, däribland namn, ålder, kön, röst och urskiljande fakta om arbetsplatsen. Det som användes i studien var enbart titel och inom vilken verksamhet de tillhörde.

Ytterligare förklarades att det inspelade materialet kommer att transkriberas och ljudfilen kommer raderas. Detta medför att individsskyddskravet och integriteten för varje intervjuperson bibehålls och skyddas. Studien baseras enbart på utsagor som anses vara av relevans för studiens syfte och frågeställningar.

Forskningen ska vidare uppnå krav om kvalitet. Kraven om kvalitet klargörs genom att förutsättningar och utgångspunkter ska tydligt redogöras och motiveras samt att studien ska ha ett tydligt syfte och frågeställningar. I denna studie framkommer det tydligt syfte och frågeställningar vilket ska bidra till en sammanhängande studie (Vetenskapsrådet 2017, s.25). Det föreligger krav på kvalitet på metodavsnittet där anledningen till tillvägagångssättet och relevansen till studiens syfte ska framgå och förklaras. I studien har metodavsnittet framställts på ett sätt som ska möjliggöra att andra ska kunna genomföra samma studie och komma fram till liknande resultat. Valet av metod, semistrukturerade intervjuer, baseras på resonemanget att metoden ansågs som mest lämplig utifrån syftet samt att den skulle bidra till att möjliggöra att besvara frågeställningarna (Vetenskapsrådet 2017, s.26-27). Vetenskapsrådet (2017, s.25, 28) beskriver att projekt som innehåller empiriskt material ska präglas av en systematisk och kritisk analys av den insamlade datan, där möjliga felkällor ska identifieras och diskuteras grundligt. Det gäller både interna fel i studien och eventuella felkällor från annan synvinkel och perspektiv. Här betonas vikten av att vara ärlig, kritisk och tydlig för att bibehålla transparens och sanning i studien. Eventuella felkällor för studiens intervjuer som kan identifieras är svaret som informanterna ger kan exempelvis påverkas av hur frågorna är formulerade, hur lång tid som lämnas för reflektion, intervjusituationen samt vilken policy organisationen som informanterna arbetar inom har.

## **6. Resultat och analys**

I detta avsnitt redovisas resultaten av det insamlade materialet från de sju informanterna som deltog i intervjuerna. Resultaten kommer att presenteras med hjälp av teman som skapats utifrån den tematiska analysen. Totalt skapades tre teman som resultaten kommer att presenteras under. Det första temat handlar om *upplevelser av samverkan*, vilket innefattar informanternas upplevelser av hur samverkan fungerar generellt vid kontakten, ramverket och organisationsutformningen. Det andra temat är *kunskap om varandras verksamheter* och innefattar tolkningar av informanternas beskrivningar om varandras kunskaper inom verksamheten. Det sista temat är *klientens påverkan* och där innefattas informanternas beskrivningar och upplevelser av hur klienten blir påverkad av en samverkan.

### **6.1 Presentation av informanter**

Totalt intervjuades sju informanter från hälso- och sjukvården och socialtjänst i där alla informanter har en bakomliggande socionomutbildning, med undantag till en som hade en socialpedagogutbildning i grunden. Inom socialtjänsten hör det till tre socialsekreterare samt en familjebehandlare, med en socialpedagogutbildning som är verksam inom socialtjänstens öppenvård. Samtliga informanter från socialtjänsten arbetar med målgruppen vuxna med missbruk och beroendeproblematik. Inom hälso- och sjukvården bestod informanterna av två legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer inom LARO samt en kurator inom vuxenpsykiatri. Alla informanter har arbetat med denna målgrupp i ett år eller mer. Intervjun inleddes med att alla informanter fick berätta

om deras titel, utbildning, arbetslivserfarenhet och antal år de arbetat inom respektive verksamhet varpå denna information nämns ovan.

Informanter från socialtjänsten kommer att benämnas som S1, S2, S3 och S4 i citat. Informanter från hälsa- och sjukvård kommer benämnas som K1, K2 och K3 i citat. Utöver det används begreppen representanter från sjukvården eller socialtjänsten att användas löpande i texten i de fall där det anses vara nödvändigt med förtydligande.

## **6.2 Tema 1 – Upplevelser av samverkan**

I temat om upplevelser av samverkan kommer olika områden att redovisas vilket speglar informanternas förklaringar och upplevelser av nuvarande samverkan som föreligger mellan de två verksamheterna. Därmed kommer förklaringar och upplevelser presenteras gällande kontakten och utformningen av organisationen i sin helhet utifrån resurser samt lagstiftningen och ramverket som råder.

Inledningsvis fick informanterna i intervjun frågan om de hade en specifik personal med ansvar för samverkan. Det gemensamma svaret bland informanterna var att samverkan sker på eget ansvar och initieras när det föreligger behov av det. En representant från sjukvården beskriver ansvarsfördelningen på detta sätt:

Alla har ansvar för att följa sina egna ärenden i Mina planer och alla har ju ansvar för att kalla på SIP ifall man anser behov finns av det (...), Det är en väldigt liten roll som ligger på just kuratorerna – K2

Representanterna inom socialtjänsten uppger att inte finns särskild personal med ansvar över samverkan men att det kan finnas en så kallad utvecklingssekreterare som i vissa fall styr i kontakten med externa aktörer. Denna utvecklingssekreterare deltar inte aktivt utan agerar som en ”sammanförare”. Utöver detta nämner informanter från socialtjänsten att det finns anställda som ansvarar för samverkan inom andra områden, men att det inte förkommer gentemot sjukvården. Ytterligare uppger en av representanterna från socialtjänsten att vissa chefer deltar i samverkansgrupper med sjukvården för att öka förståelsen om varandras verksamheter, men att det annars föreligger ett fortsatt eget ansvar att upprätta kontakten med sjukvården när en klient anses ha behov av det:

Det ligger på enskilda socialekreterare (...) sen finns det ju övergripande, som vår chef sitter i samverkansgrupper – S3

### **6.2.1 Samverkansrutiner och processer**

Vid frågan om organisationernas samverkansprocess och rutiner framför informanterna olika synpunkter. En representant från sjukvården upplever att det förekommer en tät kontakt med socialtjänsten vid ärenden av en gemensam klient, vilket främst sker genom mailkontakt och bokning av möten vid behov. Ytterligare vid frågan om samverkansprocess framkommer uppgifter om att varje ärende ser olika ut och därför skiljer det också på vilket sätt kontakten initieras. Samverkansprocessen kan initieras av att antingen en remiss skickas från sjukvården eller socialtjänsten. En representant från socialtjänsten beskriver att kontakten med sjukvården fungerar bättre när en klient redan har en etablerad vårdkontakt, men att det i övrigt brister vid telefonkontakt. Informanterna från socialtjänsten uppger att det sker en god samverkan internt inom organisationen

men att kontakten brister vid externa aktörer, däribland sjukvården. Representanten från socialtjänsten beskriver det på detta sätt:

(...) utanför så samverkar vi nog inte så mycket som det skulle vara önskvärt. Varför då, svårt att få kontakt är väl den största anledningen. I början när jag började jobba här så försökte jag nog dra lite mer i trådar, men såg att det är ganska svårt och det tar ganska mycket tid och energi som jag inte har. – S4.

I intervjuerna framförs det delade åsikter kring rutiner för samverkan i samband med utskrivning. En informant uppgav att det förelåg rutiner vid en utskrivning från behandlingshem och att i dem ärendena bokades ett överlämningsmöte med nödvändiga kontakter. Andra uttalanden menade på det motsatta och uppgav att det brister i övergången från institutionsbehandling till en öppenvård och att det kan resultera i att klienten inte har en plan för en fungerande sysselsättning när öppenvårdsinsatserna påbörjas. I de svaren poängterades det därför att det inte föreligger tydliga rutiner vid utskrivning.

Ett genomgående svar som förekom i frågorna om samverkansprocessen och rutiner uttryckte representanterna en frustration om långa vårdköer. Det beskrivs att individer med ett missbruk samt en psykisk ohälsa upplever svårigheter att få hjälp på grund av långa vårdköer som resulterar i att det tar tid att komma in i psykiatrin. Väntetider för behandling eller utredning inom psykiatrin beskrivs vara långa. Uttalanden från intervjuerna menar på att klienterna kan falla i övergången mellan utredningarna och behandlingarna och att klienterna kan därefter få återfall i missbruk, antingen under tiden psykiatri-utredningen är pågående eller innan utredningen påbörjats. Därmed betonas det att organisationerna inte är i synk med varandra i ärenden där klienten är i behov av en övergång eller samordnad vård, vilket grundar sig i att organisationerna har olika vårdtider. Detta förklaras på så sätt att en missbruksbehandling kan redan ha påbörjats, och i vissa fall avslutats, men att klienten fortfarande är i kö för att få hjälp med sin psykiska ohälsa. En representant från socialtjänsten förklarar det så här:

Då kan det bli långa vårdköer när man inte har en vårdkontakt och när man står i kö för sin behandling, men man har inte rätt stöd då för den problematik som också bidrar till att man missbrukar (...) då kan det bli ett hinder. – S1.

Under intervjuens gång uttrycktes det åsikter och upplevelser om IT-systemet Mina Planer och hur samverkansprocessen påverkas av den. En informant menade på att användningen av Mina planer fungerar till stor del bra men i de fall när det inte fungerar så är det bådas fel. Detta förklarades på så sätt att det skiljer sig hur mycket tid anställda har för att logga in på Mina planer, vissa gör det dagligen och andra hinner inte med en daglig kontroll. Det nämns även att konversationen via Mina planer brukar föras över till mejl istället. Det uttrycks även att Mina planer anses vara ett hinder i samverkan eftersom socialtjänstens insatser inte ingår i det systemet. En representant från sjukvården upplevde Mina planer som bristande och menade på att en samverkan hade fungerat bättre utan det systemet. Det förklarades på detta sätt:

Jag vill ha med missbrukshandläggaren, men så kan jag inte få med missbrukshandläggaren i mina planer för de har inte mina planer – K1

### 6.2.2 SIP

Vid frågan om samverkansformer var SIP den gemensamma nämnaren som beskrevs som den tydligaste formen i samverkansprocessen. Andra former av samverkan som redogjordes handlade om den vardagliga kontakten via telefon och mailrådar. Gällande SIP beskriver informanterna att de professionella kallar berörda parter till ett gemensamt möte genom systemet Mina planer som syftar till att klargöra uppgifter och tillgodose klientens behov från båda verksamheterna. Det framförs att SIP är ett möte som kan initieras av båda verksamheter men att det viktigaste är att klienten och dennes behov ska tillgodoses genom att utforma individuella mål och skapa en vårdplan. Det poängterades att det krävs att två parallella processer ska vara igång för att SIP ska bli aktuellt. Däremot beskrevs det att SIP i vissa fall kan användas för att initiera en process där klienten inte är ett pågående ärende, vilket kan vara nödvändigt för de klienter som önskar information innan en samordnad process tas i form. Det har även understryks av intervjuerna om lagkravet att delta på kallade SIP möten. En representant från socialtjänsten beskriver hur socialtjänsten tar kontakt med sjukvården i ärenden där SIP kan initieras:

(...) ibland det är ju jag som initierar det, att jag träffar en klient som inte har någon kontakt med vården och kan behöva både kontakt kring fysisk hälsa, men även psykiska hälsan. Och då kan ju jag initiera genom att ta in ett samtycke från min klient och sen så samtycke då till exempel till en SIP (...)  
– S1

Vikten av SIP betonas ytterligare då mötet är till för att sammanföra insatserna från respektive verksamhet. Detta för att sikta mot ett gemensamt mål. Representanter från sjukvården beskriver SIP när klienten är i behov av samordnade insatser på detta sätt:

(...) därför blir ju de här SIParna viktiga, att sammanstråla de här enheterna från ett så att vi drar åt samma håll. – K3

Handlar om att samordna om insatserna, men sen vissa SIPar, både från vår sida och deras sida handlar ju om att mer initiera en process. – K2

Andra anledningar som framkom i intervjuerna till att en SIP bokas är när klienten upplever svårigheter att navigera sig och behöver hjälp och stöd i att kontakta socialtjänsten gällande en eventuell bostad eller pengar. Då kan ett SIP-möte bokas i förebyggande syfte för att förhindra att situationen eskalerar och blir värre för klienten. Det framkommer i intervjuerna att SIP också bokas i de fall där klienten inte har förmågan att skriva egen remiss eller har motivationen till det.

Återkommande i intervjuerna framkom det svårigheter att få till SIP på grund av brist på tid och fullbokade almanackor. Därför kan SIP behöva bokas i förväg innan kallelsen skickas ut i systemet. Representant från sjukvården poängterar däremot att SIP ska ansvaras primärt av sjuksköterskorna, men att sjuksköterskor har möjlighet att bjuda in kuratorer med förvarning. Gällande att boka in SIP beskrivs det på detta sätt:

Vi ska ju alltid gå på SIPar som är kallade såklart sen så kan de ibland bli lite senare än tänkt utifrån ifall vi inte har möjlighet att få till någonting det datumet som är tilltänkt. – K2

Brister i samverkan upplevs i övrigt dels bero på systemet Mina planer dels på grund av hur sjukvården är uppbyggt som organisation. Det beskrivs på detta sätt:

Jag tänker samverkan har ju inte så mycket att göra med att man tycker att de inte kanske gör det de ska alltså. Det är ju deras egen organisationen i sig som man kanske hade önskat att de gjorde lite annorlunda (...) De kan ju vara jättebra på att samverka även om de inte gör sin del – S2.

### 6.2.3 Ansvar och auktoritet

Vid frågan om vilken verksamhet som har mer ansvar och auktoritet i ärenden som rör vuxna missbrukare skiljde sig svaren mellan de olika informanterna. Inledningsvis framkom det att ansvar och auktoritet skiljer sig från kommun till kommun samt att det ytterligare råder skilda åsikter gällande missbruk. En representant från sjukvården beskriver hur socialtjänsten ser missbruk som ett samhällsproblem medan regionen ser missbruk som individuella bekymmer. Representanten betonar dock att med en god kommunikation och ett klientfokus behöver inte dessa skilda synsätt vara ett problem. Därför poängteras det att det är viktigt med rätt förväntningar:

(...) att inte kräva det omöjliga ur en kommun. För de har ju faktiskt ibland ansträngt sig jättemycket för de här personerna med bekostnad av kanske behandlingshem – K3

Av intervjuerna framkommer det även delade åsikter i ärenden som berör samsjuklighet. Med anledning av skilda synsätt kan det leda till intressekonflikter mellan organisationerna, avseende till vilken problematik som ska behandlas i första hand. Det resulterar även till att verksamheterna kommer fram till olika slutsatser. En representant från sjukvården uppgav att socialtjänsten har slutbestämmanderätten eftersom regionen inte har den ekonomiska resursen. Vidare i samma ämne kring vilken behandling som ska tas i beaktning först framkom det rådande otydligheter:

Det där är verkligen hönan och ägget och det är ingen som vet än idag, liksom, och det är väl jättemycket prat om det och många olika teorier. Men det är ju ingen som riktigt vet vad som behöver behandlas först. – S4

Genomgående i intervjuerna ansågs det yttersta ansvaret för det psykiska tillståndet och medicin vara sjukvårdens ansvar medan missbruket tillhörde socialtjänsten, men att det fortfarande förekommer delade åsikter om vilken problematik som behandlas i förstahand. En representant från sjukvården respektive socialtjänsten beskriver det så här:

Socialtjänsten tycker oftare än vad regionen tycker att det är den psykiatriska problematiken som behöver behandlas medan regionen anser att det är alltid missbruket som behöver behandlas först (...) – K2

Psykiatrin känner ju ofta att de inte kan göra någonting när personen är aktiv och vi känner ju ofta att vi har ju ärenden där vi kan inte placera personen för att den är så psykiskt sjuk – S2

Gemensamt för svaren som uppgavs i intervjuerna var att klienterna i förstahand beviljades missbruksbehandling, antingen i väntan på hjälp från sjukvården eller för att kunna bli aktuell inom sjukvården. En representant från sjukvården nämnde fenomenet uttröttningsmekanism, vilket representanten menar på sker när socialtjänsten beviljar en klient flera och samma insatser återkommande utan framgång. Det beskrivs på så sätt:

Lite det att om man ansöker det här med behandling, till exempel hela tiden att man kräver och kräver, man vill ha det ena och det andra, då sätter socialförvaltningen stopp och säger nej (...) – K3

Vid frågan ifall det föreligger en auktoritet i samverkan, beskrivs det med varierande svar. En informant berättar att regionen besitter mer auktoritet i ärenden som berör samordnade insatser, i form av att regionen bestämmer vad som ska behandlas först och i frågor som rör samfinansiering. Ett annat svar menade på att det är en svår fråga att besvara eftersom organisationerna skiljer sig åt och har olika ansvarsområden. Ett exempel beskrevs när det kommer till att överklaga beslut, att inom sjukvård är det inte möjligt att överklaga på samma sätt som inom socialtjänsten. På liknande sätt menade representanter inom sjukvården att socialtjänsten inte kan besluta när det gäller det medicinska området då det är läkarens roll. Utöver det framkom svar om att det är socialtjänstens roll att bestämma i ärendena, men att synpunkter från sjukvården kan tas i beaktning. Annars framkom det att ingen verksamhet har mer auktoritet än den andra.

I samband med auktoritet ställdes även frågan kring ekonomi och samfinansiering. Då framkom uppgifter om att det är socialtjänsten som har det ekonomiska ansvaret både vid placering och behandling då regionen inte har dem behandlingsmöjligheterna. Det innebär därmed en större bekostnad hos socialtjänsten än för regionen. Det nämndes även från en representant från sjukvården att regionen inte har några pengar, vilket resulterar i att socialtjänsten betalar för behandlingarna och att sjukvården har istället möjlighet att uppge synpunkter. Det förekom därmed att det är sällsynt med samfinansiering i ärenden som berör vuxna med samsjuklighet. Annars ansågs finansieringen av behandlingen bero på vilken verksamhet som beviljar insatsen, därmed att socialtjänsten finansierar missbruksbehandling och sjukvården för psykisk ohälsa. Det betonades även att en viss typ av psykisk ohälsa ofta behandlas, till viss del, i missbruksbehandlingen. Pengar ansågs dessutom utgöra ett hinder i samverkan eftersom det kan leda till en intressekonflikt.

#### **6.2.4 Ramverk och lagstiftning**

Informanternas svar som uppkom genomgående i intervjuerna vid frågan om samverkansprocessen rörde sig om behovet av klientens samtycke för att etablera kontakt med varandra. Detta förklarades genom att en samverkansprocess inte kan initieras utan samtycke, med undantag för LVM-ärenden. En samverkan etableras också beroende på vem av verksamheterna som ser behovet av det, förutsatt att klienten samtyckt till och delgetts information kring att verksamheterna upprättar en kontakt sinsemellan. Ytterligare betonades det från en representant inom sjukvården att klienten ska skriva under en samtyckesblankett för att möjliggöra inhämtandet av information med socialtjänsten, som därav möjliggör en dialog mellan verksamheterna.

Under intervjuerna ställs det en fråga gällande lagstiftningen och ifall den har någon påverkan på just samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården. Här var en gemensam faktor av alla representanter, att lagen inte medför hinder eftersom klienten i majoriteten av ärendena utger sitt samtycke, vilket betonas vara nödvändigt för målgruppen vuxna. Svaren fördjupades genom att beskriva att samtycket kan påverka samverkan i de fall där klienten behöver sitta med i samtal med andra aktörer för att ett utbyte av information ska vara möjligt, vilket tar upp tid. Annars lämnar majoriteten av klienterna samtycke för att verksamheterna ska samverka med varandra vilket beskrivs troligtvis bero på att klienterna upplever att samverkan underlättar för dem. Klienten kan uppge samtycke muntligt eller skriftligt med vetskap om att det går att dra tillbaka samtycket om så önskas. Det tilläggs att en klient kan önska information om samverkan innan ett samtycke lämnas. I de fall där klienten inte lämnar ett samtycke finns det inte heller utrymme att samverka oavsett hur stort behovet anses vara, som beskrivs på detta sätt:

Samtycke brukar inte vara något större problem för de flesta patienterna lämnar det. Och har man inte ett samtycke så är det inte möjligt att samverka, oavsett hur mycket man tycker att det skulle behövas – K2

Vidare framförs det att lagstiftningen kan leda till intressekonflikt. Det beskrivs ytterligare genom att poängtera att lagen är lagen men att det snarare är vem som tolkar lagen som i sin tur kan utgöra ett hinder i samverkan. Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen belyste också i den mening att de är två lagar som har likheter och skillnader. En skillnad handlade om LVM, som tillhör socialnämnden, och LPT, som är sjukvårdens ansvarsområde, där dem respektive verksamheterna inte kan besluta inom den andra.

### *6.2.5 Analys*

Under temat om upplevelser av samverkan framförs viktiga ämnen och aspekter av samverkan som anses vara av relevans att analyseras. Inledningsvis berättade alla informanter att det inte förelåg en specifik personal med ansvar över samverkan, utöver de eventuella samverkansgrupper som chefer eller anställda var delaktiga i som syftar till att öka förståelsen för varandra på generellt plan. Danermark (2000) menar på att det ofta råder otydligheter kring ledningsfunktionen i en samverkan och att i vissa fall är ledningen obefintlig eller bristfällig. Danermark (2000) poängterar vidare att ledningen måste ha en aktiv roll i samverkan då det ofta förekommer frågor eller problem som föreligger inom ansvaret eller kunskapen hos ledningen. Det faktum att det fanns samverkansgrupper i syfte att öka förståelsen för varandras verksamheterna men ingen specifik personal eller tydligt ledningsansvar över samverkansuppgiften kan kopplas till Danermarks resonemang kring bristfällig ledning. Utifrån informanternas svar handlade samverkan om eget ansvar där kontakt etablerades vid behov.

Danermark (2000) belyser i sin teori att samverkan inom människobehandlade organisationer innebär att berörda aktörer företräder olika kunskapsgrunder i mötet med varandra som har olika teoretiska perspektiv. Därtill kommer även



olika åsikter om hur ett tillstånd ska definieras, förstås och angripas att kollidera med varandra. I studien noterades representanternas upplevelser kring att det råder delade åsikter om vilket tillstånd som ska behandlas i första hand, missbruket eller psykisk ohälsa, vilket är det som Danermark också poängterar med att inblandade parter företräder olika teoretiska perspektiv. De olika aspekterna kan i sin tur påverka samverkansprocessen och även klienten.

Ytterligare förekommer det oeniga svar kring vilken organisation som har det yttersta ansvaret i ärenden som rör samordnad vård, däribland vissa informanter menar på att det är socialtjänstens ansvar och andra informanter menar på att det är uppdelat ansvar utifrån verksamheternas områden. Det upplevs vara en frustration hos informanterna gällande den otydliga ansvarsfördelningen. Nordström et.al. (2016) menar på att det i två olika organisationer kan råda skilda målsättningar och kulturer som kan resultera i att samverkan inte upprättas eller tar lång tid att upprättas vilket därmed kan grunda sig i otydlig ansvarsfördelning. Christensen et al. (2005) presenterar i sin teori att organisationer strävar efter skilda mål och intressen som föreligger inom deras egen organisation. Detta kan vidare förklaras genom att organisationerna därför har ett egenintresse i ärendena och, beroende på situation, antingen ta ansvar eller avsäger sig ansvaret. Vidare kring ansvarsfrågan framgår det i studien att finansieringen i ärenden där den enskilde är i behov av samordnade insatser styrs antingen helt av socialtjänsten eller av verksamheten som beviljar insatsen. Christensen et al. (2005) uppmärksammar att organisationer kan använda sina resurser i syfte att stärka sina intressen och viljor, vilket exempelvis kan handla om ekonomin. I ärenden där socialtjänsten finansierar behandlingen kan det kopplas till vad Christensen et al. (2005) presenterar, och det kan innebära att socialtjänsten får igenom det slutgiltiga beslutet.

Inbokningen av SIP och SIP i praktiken var ett återkommande ämne som uppkom i intervjuerna, där det gemensamma svaret grunda sig i svårigheter att boka in tider som berodde på tidsbrist. Jones m.fl (2022) stärker detta i deras studie där resultatet handlade om att det förelåg brist på tid vid SIP-möten vilket resulterade i brist på samverkan i ärenden där SIP ansågs vara nödvändigt. Långa väntetider inom sjukvården kan konstateras och detta kan vidare förstås utifrån vad Nordström et al. (2016) presenterar. Således att personal från hälso- och sjukvården måste åsidosätta patienter i kö för att prioritera att delta i SIP då det är lagkrav.

### **6.3 Tema 2 - Kunskap om varandras verksamheter**

Under temat kunskap om varandras verksamheter kommer det framföras hur mycket kunskap socialtjänst respektive hälso- och sjukvården har om varandra. Detta tema berör informanternas åsikter och antaganden, förväntningar, intressekonflikter samt professionernas språk användning.

#### **6.3.1 Kunskapsområde**

Vid de inledande frågorna kring informanternas kunskap om respektive verksamhet är den gemensamma uppfattningen att det finns bristande kunskap om varandras verksamheter, speciellt vad respektive organisationerna kan erbjuda för

insatser samt vad som anses vara grundläggande kunskap. En informant från socialtjänsten förklarar sin kunskap på följande sätt:

Jag vet inte vad de vet om oss, men jag vet ju inte mer än vad jag vet som patient nästan. – S4

Representanterna inom sjukvårdens regi avser till deras goda kunskap om socialtjänsten med anledning av deras bakomliggande socionomutbildning. Informanterna lyfter dock att kunskapsglappet är ett vanligt fenomen mellan sjuksköterskor och socialsekreterare eftersom utbildningarna ser väldigt olika ut, vilket har lett till att representanterna från sjukvården fungerar som en ”översättare”. En representant från sjukvården beskriver sin roll som kurator på detta sätt:

(...) sen är det då upp till mig och min kollega att föra våra sjukvårdsutbildades talan till socialtjänsten och samma att översätta från socialtjänsten till vår sjukvårdsuppbyggnad så att vi har en gemensam kunskap kring det här med beroende och missbruk - K3

Av intervjuerna framkommer det att den bristande kunskapen inom socialtjänsten rör sig mest kring medicinområdet och drogens påverkan i kroppen samt att sjukvårdens kunskapsbrist grundar sig i LVM-lagen och vilka frivilliga insatser socialtjänsten kan erbjuda. Två informanter från respektive verksamhet uttrycker sig följande:

Jag tänker att jag i alla fall när jag jobbade på socialtjänsten hade för lite kunskap om både diagnoser, men också hur mycket missbruket faktiskt inverkar på de diagnoserna (...) - K2

Det är nog mest konflikter i samverkan kring LVM där de tycker att vi ska ta väldigt många som vi inte gör. Och vi har ju en lagstiftning att förhålla oss till som och sen i slutändan är det min chef som beslutar - S2

### *6.3.2 Möjligheter och önskan för kunskap*

Gällande frågan kring informanternas möjlighet att lära sig om varandras verksamheter samt önskan att lära sig mer visar det sig att informanterna mestadels har eget ansvar att utveckla sin kunskapsförmåga. Intervjuerna visar att kunskap om andra verksamheter skapas med åren som yrkesverksam och efterhand via kontakt med respektive verksamhet. Det framkommer även att det är personalens egna ansvar att lära sig mer, genom att vara nyfiken och ställa frågor när man träffar andra professioner. Representanterna från socialtjänsten uttrycker en önskan att lära sig mer om hur sjukvården arbetar och vad de kan erbjuda för insatser samt att de gärna hade lärt sig mer men hindras av arbetsbelastning. En informant från socialtjänsten beskriver hur arbetsbelastningen hindrar möjligheten för en bredare kunskap:

Ja, det är klart det hade vi haft, men det ska också finnas tid till det och det är där det brister tror jag, framför allt för sjukvården att de har inte tid och utrymme. – S4

Av intervjuerna framkommer det ytterligare att finns en stor möjlighet att lära sig om varandra men att det viktigaste är att ha respekt för varandras funktioner och

att man är duktig på olika delar. En av representanterna från sjukvården informerade att möjlighet till kunskap kring missbruk har funnits för socialtjänsten, där alla varit inbjudna, men där cheferna inte har tagit tillfället i akt. Omständigheterna kring detta är informanten inte säker på.

### *6.3.3 Fördel med kunskap*

Vid frågan om den viktigaste fördelen med att ha kunskap om varandras verksamheter är informanterna enade om att bättre kunskap leder till en mer fungerande samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I intervjuerna framgår det att den största fördelen med kunskap bidrar till bättre förutsättningar för att hjälpa klienten, vilket uppnås genom att veta hur verksamheterna arbetar och vilka insatser som finns. Klienten kan i de fall känna större tillit och trygghet till verksamheterna. Intervjuerna visar ytterligare att god kunskap bidrar till rimliga förväntningar på varandra genom att personalen vet vad som kan förväntas av respektive verksamhet. En representant från socialtjänsten beskriver den största fördelen med kunskap på detta sätt:

Det blir bättre insatser och vård för klienten att den faktiskt får tillgång till vården den behöver. Att vi kan fånga upp klienter tillsammans och att faktiskt också att kunna slussa, alltså att kunna navigera och kunna slussa klienter rätt. - S3

### *6.3.4 Analys*

I andra temat framkom det av informanterna att kunskap om varandras verksamheter är väsentligt och har stor betydelse för samverkan. Informanterna hade ett gemensamt antagande att kunskapsområdet kan förbättras från båda hållen. Danermark (2000) presenterar kunskap som en av de grundläggande förutsättningarna för samverkan och hur professioner som ingår i samverkan har olika kunskapsområden och teoretiska bakgrunder vilket vidare kan skapa oenigheter. Danermark (2000) förklarar att i dessa fall krävs det god kommunikation mellan verksamheterna genom att förklara och beskriva deras kunskap om varandras områden. Utifrån informanternas utsagor är kommunikationen och arbetsbelastningen det största hindret för att utveckla en större kunskap om varandras verksamheter. Kommunikationen bygger på att ställa frågor och vara mottaglig för att lära sig om respektive verksamhet, vilket brister i vissa fall på grund av den rådande relationen mellan organisationsmedlemmarna. För att öka kunskapen och förståelsen om andra professioners synsätt på ett problem, lyfter Danermark (2000) betydelsen av att ta lärdom av andra professionernas begreppsfröåd. Det skilda språket mellan socialtjänsten och sjukvården är ett kontinuerligt fenomen som uppkommer under intervjuerna, vilket vidare påverkar relationen mellan verksamheterna. Danermark (2000) menar på att en förklaring för respektive begrepp och språk kan vidare underlätta samverkan genom att kommunikationen blir mer begriplig för alla inblandande. En sådan sorts förklaring är inget som framkommer finns i samverkan mellan socialtjänst och sjukvård, utan den kunskapen och lärdomarna professionerna får om varandra, utvecklas med åren om yrkesverksam.

Nordström et al. (2016) beskriver det länge ökade behovet av kunskap bland organisationer när samverkan rör personer med behov av sammansatt stöd.

Kunskap som hinder för samverkan något som Widmark et al. (2011) och Rämngård m.fl. (2015) lyfter, där brist på förtroende mellan verksamheterna grundar sig bristfällig förståelse och kunskap som vidare skapar frustrationer bland professionerna. För att förtroende ska byggas upp och kunskap ska utvecklas, krävs det att ledningen motiverar och engagerar personal till samverkan. Av informanterna uppkom det att kunskap om samverkanspartners, sker på eget ansvar och den personal som hade bredast kunskapsområde, var den som har varit yrkesverksam i flera år och därefter skapat nödvändiga kontakter för samverkan. Widmark et al. (2011) förklarar att kunskap om varandras verksamheter är även väsentlig för att inte ha orealistiska förväntningar på varandra, som vidare skapar hinder i samverkansprocessen. Informanterna uppgav frustrationen av att respektive verksamhet har förväntningar, och i flera fall gav "beställningar" på varandra, vilket grundar sig i kunskapsbrist kring vad respektive verksamhet kan erbjuda för insatser och processen vid bedömningar. Av Widmarks et al. (2011) resultat framkom det att författarnas informanter upplever orealistiska förväntningarna på varandra, vilket grundande sig i negativa erfarenheter av samverkan. Liknande kan denna studie visa på, att informanternas orimliga förväntningar kan ske avseende till tidigare negativa erfarenheter. Genomgående under intervjuerna beskriver informanterna att kommunikationen brister mellan verksamheterna, vilket Källmén m.fl. (2017) förklarar som ett av hindren i samverkan. Nordström et al. (2016) förklarar att en samverkan med flera olika parter kommer alltid präglas av olika uppfattningar, perspektiv och värderingar som styr hur samverkan fungerar. Informanterna i intervjuerna styrs av olika erfarenheter vilket präglar deras vilja att både utöka sitt kunskapsområde och deras synsätt på samverkan och vilken inställning de går in med i samverkansprocessen.

Under intervjuernas gång beskriver informanterna att det finns en kunskapslucka inom respektive verksamhet. Representanter från socialtjänsten förklarar sjukvårdens bristande kunskap kring LVM-lagen och sjukvården likadant kring socialtjänsten kunskap kring medicin- och drogområdet. Detta kan förklaras av Widmarks et al. (2011) resultat som visar på att samverkanspartners saknar engagemang och har brist på intresse av att lära sig om den andres verksamhets insatser. Kunskapsglappet kan även beskrivas uppstå, som Källmén m.fl. (2017) menar, när professionerna har problem att förstå varandra roller och ansvarsområden.

## **6.4 Tema 3 – Påverkan på klienten**

Tema 3 omfattar informanternas uppfattningar hur klientens påverkas av samverkan samt hur en mer sammansatt vård mellan de två olika organisationerna kan förbättras för att möta klientens behov.

### **6.4.1 Stöd till klienten**

Av intervjuerna framgår det att samverkan är betydande för klienten, speciellt i möte med klient och flera professionella. En informant från socialtjänsten förklarar betydelsen att ha med socialsekreterare på mötet med klient och psykiatri, särskilt de klienter som har ett långvarigt missbruk. Detta med anledning av att det är viktigt att klienten känner sig hörd och lyssnad på, och att

klienten i möte med andra professionella kan uppleva stigmatisering för sitt missbruk, vilket förklaras på detta sätt:

Jag tänker att det har varit med alltså stigmatiseringen kring missbruk. Man har motats mycket, känt att man mått dåligt, känner att man har inte fått förklaringar till varför man inte blivit inlagd och inte blivit bemött. Jag tänker oss att sjukvården inte alltid varit det bästa, haft det bästa bemötandet  
- S2

Gällande frågan hur samverkan kan förbättras för att stödja klienten på bästa sätt, nämner informanterna att kontakten behöver förbättras för att klienten inte ska bli drabbad och kunna behålla motivation att komma ur sitt missbruk. Av intervjuerna framgår det att samverkan har förbättrats på senare år för att möta klientens behov genom nya insatser, exempelvis case manager och stödpersoner som hjälper klienten med möten och för att hålla motivationen uppe. Att en klient, som är i behov av sammansatt vård är i behov av motivation och stöttning är ett fenomen som informanterna nämner återkommande i intervjuerna. Informanterna beskriver betydelsen av att ha en snabb och smidig samverkan för att klienternas motivation inte ska förloras. Av intervjuerna beskrivs det att det ställs höga krav för en aktivt missbrukande person och att det är många klienter som faller i processen av att samverka. En informant från sjukvården beskriver den svåra omställningen av att komma tillbaka från behandling:

Det är en väldigt svår omställning att gå från att vara på en institution dagligen, att få maten serverad och ha folk omkring sig till att gå till en ensam lägenhet där du är själv och måste ordna de här vardagliga sakerna plus alla problem som du lämnade när du åkte iväg på institutionsbehandling. – K2

För att stötta klienten på bästa sätt uppkom det ytterligare information från informanterna som nämner att det sker god samverkan när klienten ska lämna drogtest, vilket sker genom att klienten endast behöver lämna drogtest på en av verksamheterna och att resultaten skickas via mail till den andra verksamheten. Informanterna berättar återigen betydelsen av motivation och hur mycket motivationsarbete som behövs eftersom deras klienter har svårt att behålla motivationen uppe. Klienter kan i många fall uppleva att de finns höga krav med att upprätthålla en kontinuerlig kontakt med professionerna samt delta på möten och komma ihåg allt runt omkring. Av intervjuerna framgår det att klienterna i många fall tappar motivationen att vara drogfri, med anledning av de långa köerna hos psykiatrin, där klienten är i stort behov av behandling för sina psykiska besvär. Enligt informanterna beskrivs en behandlingsperiod bestå av vanligtvis tre månader och under dessa tre månaders hinner i vissa fall inte sjukvården göra en utredning, vilket leder till att klienter fallerar i övergången. En utredning kring att få en diagnos och medicin tar lång tid vilket leder till klienter kan få återfall som bidrar till att sjukvården inte kan fortsätta utredningen. Detta bidrar ytterligare till att klienter blir återkommande hos socialtjänsten och blir löpande ärenden. En representant från socialtjänsten beskriver hur klienten kan tappa motivation på följande sätt:

Det fallerar ju lite i övergången där och att ja, men det är svårt med personer som behöver en utredning och kanske behöver medicinering, de har ju svårt att hålla sig drogfria efter en behandling när man inte får upp det stödet. - S2

I processen socialtjänsten väntar på en utredning, väntar sjukvården på att klienten ska lämna ett aktivt missbruk för att medicinering för klientens psykiska besvär ska vara aktuellt, vilket en informant från sjukvården förklarar på detta sätt:

(...) det påverkar ju i de ärendena där det finns en ganska påstridig socialsekreterare som strider väldigt hårt för att patienten behöver medicin och behandling. Patienten kan ju ha flera tunga diagnoser, men där patienten samtidigt har ett aktivt missbruk, där det blir svårt att jobba med de bitarna och medicinering, ofta ganska verkningslös. - K2

#### **6.4.2 Utmaningar för klienten**

Vid frågan vilka utmaningar det finns i samverkan för att stödja klienten, beskriver informanterna att utmaningarna grundar sig förväntningar verksamheterna har på varandra. Av intervjuerna framgår det att förväntningar kan uppkomma genom att en klient tillsammans med personal från sjukvården kommer enade med en önskan om exempelvis behandlingshem, vilket inte alltid är genomförbart vilket leder till en besvikelse hos klienten. En informant från sjukvården beskriver dock betydelsen av att önska vissa insatser tillsammans med sina patienter för att vidare kunna få det stöd patienten behöver:

Jag råder då mina patienter när de ringer, säg inte att du ska ha behandling för att socialtjänsten tar inte emot några beställningar (...) då säger vi snälla, säg lite mjukt, jag skulle behöva stöd - K2

#### **6.4.3 Klientens delaktighet och inflytande**

Vid frågan kring klienternas delaktighet och inflytande är det gemensamma svaret bland informanterna att klientens delaktighet är en viktig faktor kring hela processen med samverkan. Informanterna beskriver att samverkan sker endast av önskan från klienten som ser ett syfte med samverkan och där det är av vikt att klienten har inflytande över det som sker och över sin behandling. För att främja detta beskriver informanterna att verksamheterna hjälper klienten i de fall klienten behöver hjälp att exempelvis rådda i kontakter och påminnelser för möten etc. Informanterna nämner dock att klientens inflytande kan begränsas när klienten är aktuell för LVM, eftersom klienten i de fallen mår så pass dåligt och vill inte genomgå tvångsvård. Informanterna nämner även att klienten kan i vissa fall vilja ha inflytande över de recept som de vill ha utskrivna, och att klienterna inte alltid kan få som de vill. Av intervjuerna är det gemensamma svaren att klientens delaktighet är väldigt betydelsefullt och ska beaktas genom hela processen. En representant från socialtjänsten beskriver vikten av klientens delaktighet på följande sätt:

Det ska ju vara högt. Det ska ju bara vara på klientens önskan som samverkan sker och att man ser ett syfte med det så de klienterna ska till 100 procent ha inflytande över vad som sker - S1

En av representanterna från socialtjänsten väljer dock att berätta om utmaningen kring att inte låta sina personliga åsikter spegla av sig på klienten:

(...) Så ska jag ändå balansera mina åsikter så att inte jag färgar av mig på klienten och samtidigt som de sitter och är jättefrustrerade för att de inte blir mottagna och eller får den hjälpen som de behöver (...) – S4

#### **6.4.4 Analys**

I tredje temat presenterar informanternas egna upplevelser och erfarenheter kring samverkan utifrån klientens perspektiv, vad som kan förbättras och vilka utmaningar som kan identifieras. Informanterna i intervjuerna har varit noga med att belysa vikten av klientens delaktighet samt inflytande över sin situation, men att det i många fall kan ske utmaningar med målgruppen. Danermark (2000) beskriver klienten som subjekt och objekt i samverkansprocessen i form av att människobehandlande organisationer samverkar om människor som har rätt till frågor och synpunkter. Danermark (2000) förklarar människan och därmed klienten som en central del i samverkan där människan består av biologiska, psykologiska och sociala delar där både organisationsmedlemmarna och klienten har olika sätt att angripa och reflektera över ett problem utifrån individens kunskapsområde. Därmed är människan en helhet och kan inte brytas ned i olika delar men det grundläggande problemet innehåller oftast alla delar för att samverkan ska bli aktuellt vilket leder till utmaningar i samverkan. Av intervjuerna framgår det hur klientens delaktighet främjas under samverkan, men av anledningen att klienten är en egen individ styrs den av en egen vilja och synpunkter, vilket inte organisationerna kan ta i beaktning i alla lägen.

Nordström et al. (2016) identifierar utmaningar för en klienter med stora och komplexa behov, i form av att vården har blivit alltmer specialiserad där efterfrågan på välfärdstjänster ökar. Detta leder till en utmaning eftersom det blir svårt för brukaren att få stöd för helheten av problemet och inte endast för en del. Matcheck och Piuva (2022) resonerar liknande genom att uppge hur den specialiserade vården leder till otydliga begränsningar mellan organisationer som resulterar i en ineffektiv vård för klienten. Även Widmark et al. (2011) poängterar hur specialiseringen ökar risken för att klienter ska hamna mellan stolarna, med anledning av att organisationerna inte ser klientens behov i en helhet. När en klient är i behov av sammansatt vård, ansvarar socialtjänsten och sjukvården för olika delar och där, enligt informanterna, övergången inte sker på det bästa sättet. Utifrån intervjuerna kan detta ske när klienten exempelvis behandlas för sitt aktiva missbruk men där klienten har psykiska besvär som kan ligga till grund för missbruket. Problematismen som sker är att klienten kan vänta länge för en tid inom sjukvården för att få en utredning eller medicinering, och kan i de fallen få återfall i missbruk på grund av förlorad ork och motivation att vara drogfri. Likaså behöver sjukvården att socialtjänsten åtgärdar missbruket för att medicinering ska vara aktuellt. Genom denna specialisering blir klienten endast behandlande för en del av problemet i taget utan att erbjudas en enhetlig vård, vilket Nordström et al. (2016) beskriver är av stor betydelse för att få en brukarfokuserad samverkan.

#### **6.5 Sammanfattning**

Resultatet visar på att representanterna från socialtjänsten och hälso- och sjukvården uppger att samverkan sker utifrån icke specificerade rutiner och riktlinjer, vilket leder till eget ansvar för samverkan. Det föreligger därmed ingen specifik anställd som har ansvar över samverkan utöver generella

samverkansgrupper som chefer eller anställda deltar i för att öka förståelse om varandra. Den tydligaste formen av rutin och riktlinjer som framkom i studien är SIP vilket är en samverkansform som är lagstadgad för professionerna att delta och närvara vid kallelse. Avseende arbetsbelastningen förklarade representanterna hindret består av att hitta tider för inbokning av SIP. Ytterligare framkommer oenigheter kring ansvarsfördelningen som tas i form av att veta vilken huvudman som ansvarar för ekonomin och har det slutgiltiga beslutsfattandet. Av studien framkommer det även att professionerna har skilda bilder av klienten och missbruk vilket bidrar till intressekonflikter och diskussioner. Det kan grunda sig i otydliga begränsningar i form av vilket behov som ligger till grund för missbruket och behöver behandlas primärt. Informanternas orimliga förväntningar och antaganden kan grunda sig i en otillräcklig kunskap som de professionella besitter om varandra. Kunskapsbristen uttrycker sig även i form av de skilda språket mellan professionerna vilket kan påverka kontakten och i möte mellan socialtjänst, sjukvård och klient. Klienten som är i behov av sammansatt vård kan falla mellan stolarna med avseende till den specialiserade vården; att missbruk är socialtjänstens ansvar och psykisk ohälsa är sjukvårdens ansvar. Informanterna förklarar att klienten kan uppleva att det inte sker en smidig samverkan mellan verksamheterna när det gäller för behovet av både psykisk ohälsa och missbruk.

## **7. Diskussion**

### **7.1 Kapitlets disposition**

Under detta avsnitt presenteras studiens diskussion som förklaras med hjälp av koppling till teori och tidigare forskningen för att identifiera liknelser och skillnader. Utöver det redovisas en metoddiskussion för att diskutera studiens med- och motgångar samt hur studien kan relateras till socialt arbete och vidare forskning.

Syftet i denna studie är att undersöka hur samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården ser ut när det kommer till vuxna med missbruk utifrån upplevelser av personal med socionomutbildning inom verksamheterna samt hur samverkan mellan verksamheterna kan påverka klienterna.

Frågeställningarna för denna studie lyder:

- Hur upplever personal med socionomutbildning inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samverkan mellan verksamheterna för vuxna med missbruk?
- Hur kan vuxna med missbruksproblematik påverkas av samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården utifrån personalens upplevelser?

### **7.2 Metoddiskussion**

I följande avsnitt kommer studiens valda metod och dess begränsningar att diskuteras. I studien användes en kvalitativ metod som utgick ifrån semistrukturerade intervjuer. Denna metod ansågs som mest lämplig utifrån syfteformuleringen och frågeställningarna. Då syftet i studien var att undersöka samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården utifrån personalens upplevelser i missbruksärenden gällande vuxna, ansågs intervjuer bidra med den



kunskapen och möjligheten att besvara frågeställningarna. Det ansågs vidare som en rimlig metod med tanke på att intervjuer bidrar till en närmre kontakt till informanterna och därmed en mer nyanserad bild av ämnet (Ahrne & Svensson 2022, s.15 ; Rennstam & Wästerfors 2015, s.28-29). Det utformades en intervjuguide med relevanta, neutrala och öppna frågor till studien för att behålla en röd tråd i intervjuerna (Bryman och Bell 2017, s. 456). I vissa intervjuer kunde däremot samtalsämnet skifta fokus från det tilltänkta ämnen och där är det intervjuarens uppgift att leda tillbaka samtalsämnet om studiens syfte med hjälp av följdfrågor. Detta upplevdes svårt och utmanande, på grund av oerfarenhet i rollen som intervjuare, vilket resulterade att en del material sållades bort som inte kunde tillämpas till syftet. Ytterligare en konsekvens av att vara oerfaren inom intervjurollen resulterade det i att vissa följdfrågor inte ställdes som i efterhand kunde bidragit till väsentlig information till studien. Det förelåg dessutom enbart erfarenhet inom socialtjänsten och en brist på kunskap inom hälso- och sjukvården. Därför var det av vikt att vara medveten om vår förförståelse för att bibehålla en objektivitet i intervjuerna med informanterna. Det hade tillfört studien ytterligare styrka om vi hade intervjuat personal med en utbildning inom sjukvården, för att få ett resultat som var representativ och skildrat utifrån två olika utbildningar med två olika kunskapsgrunder. Detta kunde inte genomföras då enbart kuratorer med socionomutbildning återkopplade och hade möjlighet att delta i intervjuerna vilket innebär att alla intervjupersoner hade samma grundläggande kunskap. För att få en mer representativ bild utifrån utbildning hade det behövts intervjupersoner med någon form av sjukvårds- eller medicinskutbildning.

Det är av värde att lägga till att informanterna är verksamma inom olika kommuner, vilket innebär att vissa uppgifter och information som framkom i intervjuerna kan skilja sig från kommun till kommun. Här ansågs därför det vara viktigt med tidigare forskning för att styrka argumenten för studiens resultat. Ytterligare begränsning som bör tas i beaktning är det faktum att begreppet missbruk erhöles en bred definition genomgående i studien, vilket berodde på att vi inte ville begränsa oss i intervjuerna med informanter. Det är därför av vikt att förstå att begreppsdefinitionen kan skilja sig beroende på verksamhet. Representanterna inom hälso- och sjukvården betonade vikten av att deras ansvar gäller beroendeproblematiken medan missbruket är socialtjänstens ansvar.

### **7.3 Resultatdiskussion**

Resultatets viktigaste fynd har visat sig vara att socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte har tydliga riktlinjer och etablerade rutiner kring samverkan. Praktiska konsekvenser av detta skulle kunna vara att tolkningsutrymmet för medarbetarna vidgas vilket kan leda till missförstånd och felaktiga bedömningar. Danermark (2000) och Christensen et al. (2005) belyser i sin teori i hur ledningen har en påverkan och styr samverkan, vilket hör samman med ett annat fynd av studien som visar att organisationerna inte har personal med specifikt ansvar över samverkan. Detta kan rimligtvis bero på att ledningen inom organisationerna inte utformar specifika roller för samverkan, som kan vara till följd av att ledningen inte lyfter eller prioriterar frågor som rör samverkan. Det är dock värt att nämna att vissa informanter upplever en god samverkan med externa aktörer, men att detta kan bero på övriga omständigheter, exempelvis genom att den professionella har varit yrkesverksam under en längre period och har därefter skapat ett brett

kontaktnätverk. Konsekvenser av att inte ha ett tydligt utformat ledningsansvar kan leda till en ineffektiv vård för klienten, vilket Widmark et al. (2011) förklarar som ett resultat av den specialiserade vården. Den specialiserade vården och de otydliga riktlinjerna går hand i hand med varandra med anledning av att samverkan inte har en tydlig roll inom organisationerna, vilket styrks av intervjuerna. Praktiskt kan detta uttrycka sig genom svårigheter att dels upprätthålla en god kvalitet av vården för klienten, dels upprätthålla en hög kvalitetsstandard i organisationerna.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har olika strukturer för deras organisationer vilket medför till studiens resultat av en otydlig ansvarsfördelning och vilken organisation som har det yttersta ansvaret för sammansatt vård. Detta kan bero på att organisationerna styrs av olika uppgifter och perspektiv och när de ska samverka påverkas de av skilda mål och teoretiska bakgrunder. Det kan praktiskt uttryckas genom en förlorad kontroll av den andres utförande som kan skapa konflikter och där klienten kan få ett minskat förtroende för organisationerna. Christensen et al. (2005) styrker det här genom att organisationer är upptagna av att sträva efter skilda mål och intressen.

En återkommande diskussion bland både tidigare forskning och informanterna är gällande SIP. Det är intressant hur SIP beskrivs vara den tydligaste formen av samverkansrutiner men att systemet Mina planer där SIP aktualiseras och kallas anses trots det vara bristfällig. Omständigheterna kring varför SIP är den tydligast formen som används för samverkan kan även diskuteras, ifall det beror på att SIP är lagstadgat och därför även en skyldighet för de professionella att upprätta. I denna studie är det svårt att besvara den exakta proceduren och innehållet i SIP-möten då det inte var syftet och enbart resonemang kring tidsbrist och användningen av Mina Planer framkom av informanterna. Därför hade en mer djupgående genomgång av SIP som process kunnat vara ett tillägg i arbetet.

Av intervjuerna framkommer det att den professionella relationen mellan organisationerna kan bestå av orimliga förväntningar, antaganden, missförstånd och bristande kommunikation. Danermark (2000), Widmark et al. (2011) och Nordström et al. (2016) förklarar att dessa faktorer kan uppkomma bland organisationsmedlemmarna när det finns en kunskapsbrist. Kunskapsbristen är ett intressant fynd för studien, eftersom informanterna har samma grundutbildning men ändå styrs av skilda teoretiska ställningstagande. Det kan i praktiken visa sig i att organisationerna ibland förutsätter att den andra organisationen har större handlingsutrymme än vad den faktiskt besitter. Detta kan uttryckas sig genom antaganden av vad den andra organisationen kan erbjuda, där de professionella kan önska insatser utan att veta om de är genomförbart eller inte. Kunskapsbristen kan i sin tur påverka klientens upplevelse negativt vilket kan resultera i att dem inte får den stöd och hjälp de behöver. Vilket även kan prägla klientens framtida inställning och väljer därefter och inte söka vård på grund av brist på tillit och förtroende.

Ett annat fynd i studien rör klientens sviktande motivation som beror på de höga kraven på klienten samt att det inte sker ett smidigt samspel när klienten är i behov av insatser från båda organisationer. I praktiken kan detta visa sig genom att klienten tappar motivationen till att vara drogfri och riskeras hamna i återfall.

Nordström et al. (2016), Matscheck & Piuva (2022a) och Widmark et al. (2011) beskriver att klienten kan få ineffektiv vård med anledning av i den specialiserade vården. Den specialiserade vårdens påverkan på klienten kan uttryckas genom intressekonflikter vilket är ett resultat av olika åsikter som kan leda till att klientens behov inte tillgodoses. Det kan diskuteras huruvida klienten egentligen får ett individuellt anpassat stöd som ska tillgodoses av båda organisationerna.

#### **7.4 Relevans till socialt arbete**

Denna studie har syftat till att undersöka samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när det gäller vuxna med missbruk, vilket är av stor relevans till socialt arbete. Målgruppen är en sårbar grupp i samhället och ofta i behov av sammansatt vård från både kommun och region för komma ur sitt missbruk samt andra psykiska besvär som kan ligga till grund för missbruket, vilket ytterligare stärker deras sårbara position i samhället. Vi vill med denna studie informera och belysa de olika faktorer och brister som kan stå till grund för samverkan mellan organisationerna, detta för att skapa en djupare förståelse som i sin tur kan leda till bättre förutsättningar för klienten. En fungerande samverkan som bygger på god kommunikation, rimliga förväntningar och tydliga riktlinjer bidrar till en tryggare arbetsmiljö, god kvalitet av vård för klienter och bättre arbetsrelationer med externa aktörer. Syftet med studie är därför att upptäcka eventuella hinder inom samverkan för att hitta potentiella verktyg och metoder som kan vara till nytta i en samverkansprocess.

#### **7.5 Vidare forskning**

I denna studie har klientens påverkan i samverkan haft ett delfokus vilket framställts av personalens upplevelser. Det hade ytterligare varit intressant att studera samverkan utifrån klientens perspektiv och deras upplevelser om hur samverkan fungerar för dem i praktiken. Därtill kan djupare frågor kring klientens delaktighet och inflytande studeras. Det nämns övergripande av informanter i studien att klientens delaktighet ska vara hög och att inflytandet ska genomsyra vården samt känslor av stigma och brist på motivation präglar klienten. Informanterna belyser ytterligare att det kan brista i vissa ärenden där klienten inte får som de vill och även tidigare forskning styrker dessa resonemang om att det brister. Då sammansatt vård ofta är väsentligt och avgörande för målgruppen hade det varit intressant att ta del av deras åsikter utifrån deras perspektiv. Det hade kunnat bidra med en skildring om hur verkligheten ser ut när det kommer till att söka hjälp och även då hur processen att få hjälp ser ut.

## Referenser

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2022) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Ahrne, G & Svensson, P (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 3: uppl. Stockholm: Liber.
- Braun, V., & Clark, V. (2021) *Thematic Analysis - A Practical Guide*. London: Sage.
- Bryman, A., & Bell, E. (2017) *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. 3: uppl. Malmö: Liber AB.
- Christensen, T., Laegreid, P., Roness, P., Rovik, K.A. (2005). *Organisationsteori för offentlig sektor*. 1: uppl. Malmö: Liber.
- Danermark, B. (2000) *Samverkan – himmel eller helvete*. Grafiska punkten AB: Växjö.
- Eklund, A. (2023) Samverkan som fenomen och i praktiken. I: Eklund, A., & Gadolin, C. (red.) *Samverkan i vården – från system till praktik*. Liber AB: Stockholm.
- Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2022) Intervjuer. I: Ahrne, G., & Svensson, P. (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. 3: uppl. Stockholm Liber.
- Helsingborg Stad (2023) *Brister i samverkan 2023, Sjutton också! Det brister i kommunikationen*.  
<https://media.helsingborg.se/uploads/networks/4/sites/135/2024/03/rapport-om-brister-i-samverkan-2023.pdf>. [Hämtat: 2024-04-03]
- Holme, I.M., & Solvang BK. (1997) *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2., [rev. och utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Inspektionen för vård och omsorg (2016), *Samverkan för patienter och brukares välbefinnande, missbruk- och beroendevården*. Artikelnummer: IVO 2016-19.  
<https://www.ivo.se/aktuellt/publikationer/rapporter/samverkan-for-patienter-och-brukares-valbefinnande---missbruks--och-beroendevarden/>. [Hämtat: 2024-04-03]
- Jones, A., Knutsson O., & Schön UK. (2022) Coordinated individual care planning and shared decision making: staff perspectives within the comorbidity field of practice. *European Journal of Social Work*, 25 (2), 355-367.
- 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*. VOL. 15. 1-13.
- Källmén H., Hed, A., H. Elgán, T. (2017) Collaboration between community social services and healthcare institutions: The use of a collaborative individual plan. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 34 (2) 119–130.

Larsson G. L., (2023) Tio centrala utgångspunkter för samverkan vid samordning av vårdinsatser. I: Eklund, A & Gadolin, C (red.) *Samverkan i vården – från system till praktik*. Liber AB: Stockholm.

Magnusson, A., & Lützén, K. (2009) Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23 (1) 140-145.

Matscheck, D., & Piuva, K. (2023) Exploring the effectiveness of the coordinated individual plan in Sweden: challenges and opportunities for collaborative care, *Nordic Social Work Research*. 1–14.

Matscheck, D., & Piuva, K. (2022a) Integrated care for individuals with mental illness and substance abuse – the example of the coordinated individual plan in Sweden’, *European Journal of Social Work*. 25 (2) 341–354.

Matscheck, D., & Piuva, K. (2022b) In the centre or caught in the middle? – Social workers’ and healthcare professionals’ views on user involvement in Coordinated Individual Plans in Sweden. *Health Soc Care Community*. 30 (3) 1077–1085.

Nordström, E., Hedberg, B., Josephson, I., & Kjellström, S. (2016) Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 23 (1) 37-57.

Regeringen (2020) *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*. Dir. 2020:68. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2020/06/dir.-202068>. [Hämtat: 2024-04-02]

Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015) *Från stoff till studie – om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Rämgård, M., Blomqvist, K., & Petersson, P. (2015) Developing health and social care planning in collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 29 (4) 354–358.

Socialstyrelsen (2019) *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Artikelnummer: 2019-11 6481. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>. [Hämtat: 2024-04-03]

Socialstyrelsen (2017) *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan*. Artikelnummer: 2017-10-25. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2017-10-25.pdf>. [Hämtat: 2024-04-03]

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningsed*. Stockholm.

Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011) Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care*. 11 (3) 1–9.

# Bilagor

## Bilaga 1: Intervjuguide

Inledande frågor:

- Vilken utbildning har ni?
- Hur lång arbetslivserfarenhet har ni inom er profession?
- Vad är din titel på nuvarande arbetsplats?
- Hur länge har ni arbetat på er nuvarande arbetsplats?

Organisation

- Har ni personal med specifikt ansvar för samverkan? Om ja, hur får ni ta del av det? Om nej, hur är det fördelat i organisationen?

Tema 1: Samverkan mellan socialtjänst och sjukvården

- Kan ni beskriva samverkansprocessen i ärenden som rör vuxna missbrukare?
- Finns det rutiner för samverkansprocessen? Om ja, berätta om den. Om nej, berätta hur du hade önskat att den såg ut?
- Vilka former av samverkan använder ni er av?
- Vilka för- och nackdelar upplever du med samverkansprocessen?
  - Upplever du några potentiella hinder i samverkan? Om ja, motivera.
- Hur påverkas samverkan av lagstiftningen?
- Vilken verksamhet har det yttersta ansvaret i de fall där personen är i behov av sammansatt vård?
  - Vem har det ekonomiska ansvaret?
  - Är det en verksamhet som har mer auktoritet i beslutsfattandet än den andra?
- Hur skulle du beskriva den ideala samverkansprocessen mellan socialtjänst och sjukvård?

Tema 2: Kunskap om varandras verksamheter

- Har ni någon kunskap om varandras verksamheter? Vad isåfall?
- Har ni möjlighet att lära er om varandras verksamheter i ärenden som rör samverkan?
- Finns det någon kunskap ni hade önskat veta mer av respektive verksamhet?
- Vad anser ni är den viktigaste fördelen med att ha kunskap om varandras verksamheter?
- Vad är styrkor respektive svagheter med den andra organisationen?

Tema 3: Påverkan på klienten

- Hur kan samverkan mellan socialtjänst och sjukvård förbättras för att möta klienternas behov av sammansatt vård mer effektivt?
- Ser du några utmaningar i samarbetet mellan socialtjänst och sjukvård när det gäller att stödja klienten på bästa sätt?
- Hur ser du på betydelsen av att inkludera klienten i samverkansprocessen mellan socialtjänst och sjukvård för att säkerställa deras delaktighet och inflytande?

## **Bilaga 2: Informationsbrev till socialtjänsten**

Hej,

Vi är två socionomstudenter, Sarah Trygg Pizevska och Nikolina Ascic, som går termin sex på Malmö Universitet. För närvarande skriver vi vår kandidatuppsats kring samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården gällande vuxna med missbruk. Syftet är att undersöka samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården angående vuxna med missbruk.

Vi skulle gärna vilja komma i kontakt med fyra socialsekreterare på er enhet som har möjlighet att ställa upp på enskilda intervjuer om detta. Intervjun uppskattas ta omkring 60 minuter. Vi söker utbildade socionomer som har erfarenhet av att handlägga ärenden som rör vuxna med missbruk. Vi ser gärna att ni har erfarenhet att samverka med sjukvården också. Vi skulle vara väldigt glada och tacksamma om ni finner tiden för detta.

Det finns möjlighet att träffas både digitalt och i person, vad som passar er bäst. Vi önskar att spela in intervjuerna för att säkerställa korrekt dokumentation och materialet kommer att behandlas med full konfidentialitet. Efter intervjun transkriberas materialet och därefter raderas för att upprätthålla deltagarnas anonymitet. Vi utgår ifrån samtyckesprincipen och deltagarna kan när som helst avsluta sin medverkan. Svara gärna så fort ni kan på grund av begränsade tidsramar.

Tack på förhand!

Med mycket vänliga (hoppfulla) hälsningar  
Nicolina Ascic och Sarah Pizevska



### **Bilaga 3: Informationsbrev till sjukvården**

Hej,

Vi är två socionomstudenter, Sarah Trygg Pizevska och Nikolina Ascic, som går termin sex på Malmö Universitet. För närvarande skriver vi vår kandidatuppsats om samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården gällande vuxna med missbruk. Syftet är att undersöka samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården angående vuxna med missbruk.

Vi skulle gärna vilja komma i kontakt med sjukvårdspersonal, beroende på vad som finns tillgängligt, på er enhet som har möjlighet att ställa upp på enskilda intervjuer om detta ämne. Intervjun uppskattas ta omkring 60 minuter. Vi söker därmed utbildad personal som har erfarenhet av att samverka med socialtjänsten samt erfarenhet av att handlägga ärenden som rör vuxna med missbruk. Vi skulle vara väldigt glada och tacksamma om ni finner tiden för detta.

Det finns möjlighet att träffas både digitalt och i person, vad som passar er bäst. Vi önskar att spela in intervjuerna för att säkerställa korrekt dokumentation och materialet kommer att behandlas med full konfidentialitet. Efter intervjun transkriberas materialet och därefter raderas för att upprätthålla deltagarnas anonymitet. Vi utgår ifrån samtyckesprincipen och deltagarna kan när som helst avsluta sin medverkan. Svara gärna så fort ni kan på grund av begränsade tidsramar.

Tack på förhand!

Med mycket vänliga (hoppfulla) hälsningar  
Nikolina Ascic och Sarah Trygg Pizevska

#### **Bilaga 4: Arbetsfördelning**

Under genomförandet av studien har vi båda aktivt deltagit i samtliga delar av studien. Texten har genomgående bearbetats och skrivits i samråd eller tillsammans med den andre varpå en regelbunden dialog har skett mellan oss. En viss arbetsfördelning förelåg gällande transkribering av intervjuer, där ansvaret delades så att en av oss hade ansvar för tre intervjuer och den andra för fyra. Trots detta korrigerades varandras transkriberingar för att säkerställa en gemensam förståelse och insikt i det insamlade materialet.