



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Samverkan på pappret

- en studie om hur primärvård och socialtjänst  
samverkar med samordnade individuella planer

**Jakob Rönnqvist**

Masteruppsats (SOAM 21)

VT 2019

Handledare: David Hoff

# Abstract

Author: Jakob Rönnqvist

Title: Collaboration on paper. A study of how primary health care and social services collaborate by using coordinated individual plans

Supervisor: David Hoff

Assessor: Anna Angelin

The aim of this study was to analyze how primary health care and social services collaborate by using coordinated individual plans (SIP). Since 2010 health care and social services in Sweden are assigned responsibility to establish coordinated individual plans for clients and patients in need of coordination of interventions. This study was based on eight semi-structured interviews with coworkers in primary health care and social services. New institutional theory has been used as theoretical framework for the analysis. The result of this study shows that the coworkers have a positive attitude towards coordinated individual plans. Nevertheless, it seems like the collaboration with these plans is limited between primary health care and social services. Several obstacles have been identified based on following aspects/circumstances in this work: *resources, knowledge, the imperative element of SIP* and *organizational perspectives*. In conclusion, the study shows that the intentions of the coordinated individual plans are positive, even though there is a lot to be done before primary health care and social services are ready to use these the plans according to the legislator's intentions.

Keywords: primary health care, social services, collaboration, joint working, coordinated individual plans

# Förord

Först vill jag börja med att tacka alla de respondenter som genom sitt deltagande gjorde denna studie möjlig att genomföra. Jag vill också rikta ett stort tack till min handledare David Hoff. Tack för din tid och alla kloka råd – och inte minst för trevliga luncher på Klostergatan och Kulturen i Lund. Avslutningsvis vill jag också passa på att tacka min före detta chef Madeleine Öberg för alla uppmuntrade ord på vägen och för att du gjorde det möjligt för mig att skriva denna uppsats.

Jakob Rönnqvist

Linköping, den 20 maj 2019

# Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Problemformulering</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>Syfte och frågeställningar</b> .....                                    | <b>4</b>  |
| <b>Bakgrund</b> .....  | <b>4</b>  |
| <i>Samverkan</i> .....   | 4         |
| <i>Samordnad individuell plan (SIP)</i> .....                              | 6         |
| <b>Tidigare forskning</b> .....  | <b>7</b>  |
| <i>Samverkan inom välfärdssektorn</i> .....                                | 7         |
| <i>Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst</i> .....         | 8         |
| <i>Samverkan med individuella planer</i> .....                             | 10        |
| <i>Några avslutande kommentarer om tidigare forskning</i> .....            | 11        |
| <b>Teoretiskt ramverk</b> .....  | <b>12</b> |
| <i>Nyinstitutionell teori</i> .....  | 12        |
| <i>Hoppet och tilltron till förändringar</i> .....                         | 13        |
| <i>Översättning av idéer</i> .....   | 14        |
| <i>Möte mellan olika logiker</i> .....                                     | 15        |
| <i>Några avslutande kommentarer om det teoretiska ramverket</i> .....      | 16        |
| <b>Metod</b> .....   | <b>17</b> |
| <i>Metodologisk ansats</i> .....   | 17        |
| <i>Urval</i> .....   | 18        |
| <i>Studiens respondenter</i> .....   | 20        |
| <i>Genomförandet av intervjuer</i> .....                                   | 21        |
| <i>Bearbetning och analys</i> .....  | 22        |
| <i>Metoddiskussion</i> .....   | 24        |
| <i>Forskningsetiska överväganden</i> .....                                 | 29        |
| <b>Analys</b> .....  | <b>30</b> |
| <i>Samverkan som ideal</i> .....   | 30        |
| <i>SIP som hopp eller lösning</i> .....                                    | 33        |
| <i>Viktiga omständigheter att ta hänsyn till i samverkan med SIP</i> ..... | 37        |
| <i>En resurskrävande samverkansform</i> .....                              | 38        |
| <i>Bristande kunskaper om SIP</i> .....                                    | 42        |
| <i>Det tvingande inslagets funktion</i> .....                              | 45        |
| <i>En samverkan utifrån olika perspektiv och logiker</i> .....             | 47        |
| <b>Avslutande diskussion</b> .....   | <b>51</b> |
| <b>Referenslista</b> .....   | <b>55</b> |
| <b>Bilaga 1: Respondentbrev</b> .....                                      | <b>60</b> |



# Problemformulering

Alla frågor bär till samverkan. Så låter det emellanåt i den politiska debatten när diskussioner förs om hur organisatoriska utmaningar bäst kan mötas. Etableringen av samverkan som ideal och arbetssätt ska förstås mot bakgrund av välfärdsstatens utveckling (Danermark & Kullberg 1999). Under de senaste årtiondena har det skett en ökning av antalet aktörer och verksamheter inom välfärdssektorn. En ökning som dels kan förklaras av en decentralisering av ansvar och beslutsfattande, dels en tilltagande specialisering av välfärdstjänster (Axelsson & Bihari Axelsson 2007; Danermark & Kullberg 1999). Denna utveckling har aktualiserat ett ökat behov av samverkan. Samverkan presenteras många gånger också som modell för att bättre kunna möta individer med sammansatta behov (Anell & Mattisson 2009; Miller & Ahmad 2000). Idag utgör samverkan ett etablerat arbetssätt inom ett flertal områden i välfärdssektorn, inte minst i arbetet inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst (Anell & Mattisson 2009). Trots påbud om vikten av att samverka, bland annat genom lagstiftning och politiska beslut, visar forskning att det många gånger är svårt att skapa god samverkan mellan just hälso- och sjukvård och socialtjänst (Anell & Mattisson 2009; Cameron et al. 2014; Hudson 2002).

Tidigare forskning visar att det finns en rad hinder för att skapa god samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Avsaknad av gemensamma mål, låg grad av tillit, olika förklaringsmodeller, bristande flexibilitet samt skillnader i mandat och inflytande är exempel på återkommande hinder (Cameron et al. 2014; Danermark & Kullberg 1999). Beskrivna hinder innebär många gånger att man mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst intar olika perspektiv och gör olika prioriteringar i samverkan. Grape (2006) beskriver utifrån sin nyinstitutionellt inspirerade teori om verksamhetsdomäner vikten av att samverkande parter tillsammans kommer överens om respektive parts ansvar och uppdrag i förhållande till de områden och uppgifter, så kallade verksamhetsdomäner, man samverkar inom. En samverkan som formas av olika perspektiv och prioriteringar riskerar att leda till konflikter mellan parterna. Ett flertal studier visar också att relationen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i flera fall är ojämlig i samverkan. Hälso- och sjukvårdens uppdrag och det medicinska perspektivet tenderar att bli ledande i beslut och bedömningar, medan socialtjänstens roll i samverkan många gånger karaktäriseras av otydliga förväntningar och lägre professionell status (se Blomqvist 2012; Dunér & Wolmesjö 2015; Glaser & Suter 2016; Hudson 2002).

I syfte att tydliggöra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens gemensamma ansvar i samverkan samt för att säkerställa samordning av insatser på individnivå<sup>1</sup> infördes år 2010 likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>2</sup> och socialtjänstlagen (2001:453) om samordnad individuell plan, SIP. En SIP ska upprättas när en individ uppbär insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och det finns ett behov av att samordna dessa insatser. I förarbetena tydliggörs det att hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett likalydande ansvar i detta arbete samt långtgående skyldigheter att delta vid upprättande av SIP (Prop. 2008/09:193). Planen, i vilken det ska framgå vilka insatser som ska genomföras samt vilken part som ansvarar för att de genomförs och vidare följs upp, är den hjälpsökandes dokument. I förarbetena betonas också vikten av den hjälpsökandes delaktighet i upprättandet av planen. Till skillnad från andra typer av individuella planer är rätten till SIP inte förbehållen en viss mål- eller åldersgrupp utan ska tillgodose det samlade behovet av hälso- och sjukvård och socialtjänst (Prop. 2008/09:193).

Trots ämnets aktualitet är samverkan med SIP fortfarande ett relativt obeforskat område. Den forskning som finns att ta del av visar på såväl en del möjligheter som svårigheter i detta arbete. I linje med lagstiftarens intentioner upplever man inom flera verksamhetsområden en potential i SIP som insats för att skapa bättre samverkan (se t.ex. Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Nordström 2016). Samtidigt visar flera studier att SIP används i begränsad omfattning (Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Statens institutionsstyrelse 2014). Den begränsade användningen förklaras dels av att SIP upplevs som en tidsmässigt resurskrävande insats, dels att det saknas administrativa rutiner för den praktiska hanteringen (Källmén, Hed & Elgán 2017; jfr Nordström 2016). Återkommande påtalas också behovet av mer och bättre utbildning för de yrkesgrupper som förväntas använda SIP (Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Nordström 2016). Aktuella bestämmelser tenderar också att tolkas och tillämpas olika. Brunsson (2006) menar utifrån sitt resonemang om den rationella styrningens begränsningar att varje organisation uppträder på ett unikt sätt varför det många gånger blir nödvändigt att tolka och anpassa förändringar till den egna verksamhetsstrukturen. Vidare beskriver Røvik (2000) i sin översättningsteori hur idéer och arbetssätt inte sällan tolkas och översätts för att möta enskilda organisationers intressen. Som exempel på hur SIP tolkas för att möta enskilda organisationers intressen, visar Nordström (2016) att det tvingande inslaget i SIP återkommande återopas för att beställa insatser av andra parter i samverkan.

---

<sup>1</sup> Med individnivå menas i relation till hjälpsökande, dvs. patienter eller klienter.

<sup>2</sup> Bestämmelserna återfinns numera i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Samverkan med SIP väntas inom de närmaste åren öka. Den 1 januari år 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (2017:612) i kraft. Lagen, vilken syftar till att underlätta och förbättra övergången från slutenvård till öppenvård, innebär att det vid utskrivning från slutenvård ska upprättas en SIP, förutsatt att den hjälpsökande uppbär insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den hjälpsökandes fasta vårdkontakt ansvarar för att sammankalla till möte för upprättande av SIP. Då den fasta vårdkontakten i många fall utses i primärvården väntas den nya lagen bidra till ökad användning av SIP i samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Som nämnts tidigare finns det alltför begränsat med forskning om samverkan med SIP, detta gäller även för arbetet mellan primärvård och socialtjänst. Vad gäller annan form av samverkan mellan primärvård och socialtjänst visar flera studier att denna samverkan många gånger omges av samma professions- och organisationsorienterade hinder som annan samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst (se Coleman & Rumery 2003; Glendinning 2003; Sunesson 1991). Precis som i kontakten mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i stort, tenderar det medicinska perspektivet att överordnas socialtjänstuppdraget även i samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Som exempel på hur detta tar sig uttryck visar Sunesson (1991) att relationen mellan primärvård och socialtjänst i flera fall är ojämlik och att primärvårdens uppdrag och det medicinska perspektivet ges mer utrymme i det gemensamma arbetet. Även Ashcroft et al. (2018) belyser denna ojämlika relation genom att peka på att socialarbetarnas uppdrag och perspektiv många gånger förbises i samverkan med primärvård.

Det kan alltså konstateras att det många gånger är svårt att skapa god samverkan mellan såväl organisationer som professioner inom välfärdssektorn. Detta gäller även mellan primärvård och socialtjänst som är fokus i denna studie. Två aktörer som i arbetet utgår från olika uppdrag, regelverk och logiker. Denna studie intresserar sig specifikt för primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP. Frågan är om de hinder som omger primärvårdens och socialtjänstens samverkan i stort, påverkas av de lagkrav som gör gällande att båda parter har ett likalydande samordningsansvar av insatser samt långtgående skyldigheter att delta vid upprättande av individuella planer. Detta finns det i dagsläget begränsat med kunskap om. Uppsatsens perspektiv är nyinstitutionellt där fokus ligger på att identifiera samverkansstrategier som hopp, översättningar och domänanspråk för att analysera hur primärvård och socialtjänst samverkar med SIP.



# Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att analysera primärvårdens och socialtjänstens samverkan med samordnade individuella planer, SIP. Följande frågeställningar tjänar som utgångspunkter i denna studie:

- Hur beskriver yrkesverksamma inom primärvård och socialtjänst den gemensamma samverkan på ett mer övergripande plan?
- Vilka upplevelser har yrkesverksamma i primärvård och socialtjänst av den gemensamma samverkan med SIP?
- Vilka möjligheter respektive hinder omger primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP?

## Bakgrund

Samverkan är ett centralt begrepp i denna uppsats. I följande kapitel redogörs det för olika betydelser av att samverka samt hur begreppet samverkan ska förstås i denna uppsats. I den avslutande delen ges en närmare presentation av samordnad individuell plan, SIP.

## Samverkan

Vid en litteraturgenomgång i ämnet kan det konstateras att samverkan i takt med framväxten av den nya välfärdsstaten har kommit att få ett flertal olika betydelser. Som arbetssätt tar sig samverkan många uttryck på ett flertal olika arenor, från det informella mötet i det gemensamma fikarummet till arbetet i det multiprofessionella teamet. Parallellt med samverkan tar de närbesläktade begreppen samordning och samarbete återkommande plats i litteraturen. Även för den invigde kan det tyckas svårt att hålla isär dessa tre begrepp. I ett försök att definiera vad samverkan är, föreslår Axelsson och Bihari Axelsson (2007) att samverkan kan förstås som en form av integration. Med integration menas att flera delar, såsom exempelvis verksamheter eller medarbetare, förs samman och utgör något större: en helhet (Axelsson & Bihari Axelsson 2007). Man skiljer vanligtvis på två typer av integration: vertikal och horisontell (Axelsson & Bihari Axelsson 2007). Vertikal integration innebär att flera delar sammanförs enligt en hierarki i en organisation. En horisontell integration innebär tvärtom att samarbete sker i hög grad av

frivillighet på motsvarande nivåer hos alla inblandade parter. Utifrån denna modell kan samverkan förstås som ett uttryck för både horisontell och vertikal integration, där regelverk tar ut riktning och anger förutsättningarna för ett gemensamt, gränsöverskridande arbete. Samordning är enligt Axelsson & Bihari Axelsson (2007) ett uttryck för en mer vertikal typ av integration med tydligare styrning, där beslut fattas högre upp i organisationen för att sedan verkställas på lägre nivå. Utifrån samma modell kan samarbete förstås som en horisontell integrationsform som många gånger äger rum i nätverks- och teamkonstellationer och i högre grad bygger på god kommunikation och nära kontakt medarbetare emellan. Följaktligen har samverkan tydliga beröringspunkter med både samordning och samarbete och används därför många gånger som samlingsnamn för alla tre begreppen.

Precis som Axelsson och Bihari Axelsson (2007) sorterar Fridolf (2002) in samverkan, samordning och samarbete under integrationsbegreppet. Enligt Fridolfs (2002) definition kan samverkan förstås som ett gemensamt handlande där berörda parter verkar parallellt och tillsammans men samtidigt håller kvar vid respektive organisations ursprungliga uppdrag och målsättning. Till skillnad från samverkan innebär samordning att berörda parter utformar och strävar mot samma mål och sedan genomför arbetet tillsammans (Fridolf 2002). Samarbete är enligt Fridolf (2002) ett arbetssätt som förutsätter ett gemensamt ansvarstagande där berörda organisationer både medvetet och omedvetet överlappar varandra i uppgifter och uppdrag i det praktiska arbetet.

I forskning delas ibland samverkan in på följande nivåer: interprofessionell, interorganisatorisk och intersektoriell (Axelsson & Bihari Axelsson 2007). Interprofessionell samverkan avser samverkan som äger rum mellan yrkesgrupper och professioner. Interorganisatorisk samverkan beskriver samverkan mellan organisationer och myndigheter, ofta inom samma sektor. Intersektoriell samverkan avser samverkan som sker mellan samhällssektorer. Utifrån Axelsson och Bihari Axelssons (2007) samt Fridolfs (2002) resonemang ska samverkan i denna uppsats förstås som en form av integration, förankrad i flera led i de aktuella organisationerna men där de samverkande parterna trots gemensamma initiativ och insatser utgår från den egna organisationens uppdrag. Givet denna definition ska det gemensamma arbetet med SIP förstås som en form av samverkan inbegripande samordning av insatser på individnivå. Med stöd i Anell och Mattisson (2009) är utgångspunkten att all samverkan i någon form är interorganisatorisk varför inga försök görs att nivåindela den samverkan som diskuteras i denna uppsats.

## Samordnad individuell plan (SIP)

Införandet av bestämmelserna om samordnad individuell plan, SIP, föregicks av utredningen Nationell psykiatrisamordning vilken påbörjades år 2003 och syftade till att se över och förbättra arbetet runt personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. I utredningens slutbetänkande pekade man på brister i hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens samverkan runt dessa grupper (SOU 2006:100). För att stärka gruppernas ställning och för att undvika rundgång i ärenden lämnades förslag om att lagstadga om ett gemensamt ansvar för landsting och kommuner att upprätta individuella planer i ärenden där det är aktuellt med insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bestämmelserna om SIP infördes i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen år 2010. Sedan tidigare fanns det bestämmelser i både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen gällande samverkan, bland annat genom upprättande av vårdplaneringar. Exklusivt för de nya bestämmelserna blev landstingens och kommunernas gemensamma ansvar och långtgående skyldigheter att upprätta individuella planer i ärenden där insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver samordnas. Med långtgående innebär här är att man endast i undantagsfall ska avstå från att upprätta en plan.

I förarbetena tydliggörs det att SIP ska omfatta alla mål- och åldersgrupper samt alla former av samordningsbehov, vilket innebär att arbetet med SIP ska fungera som åtgärd för att tillgodose individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst (se Prop. 2008/09:193). Sedan tidigare fanns ingen bestämmelse som tog detta helhetsgrepp i fråga om individers behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. En SIP är den hjälpsökandes plan i vilken det ska framgå vilka behov som finns samt vilka insatser som ska genomföras. Planen kan omfatta både omedelbara insatser och mer långsiktig planering. I en SIP ska det tydliggöras vilken huvudman som har det övergripande ansvaret för planen samt vilka som ansvarar för genomförande och uppföljning av insatser. I förarbetena betonas också vikten av den enskildes samtycke och delaktighet i processen (Prop. 2008/09:193). Den enskildes samtycke krävs för att en SIP ska upprättas.

Den professionella kontakt inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst som initierar en SIP ska arbeta för att även integrera närstående och andra relevanta kontakter i processen, detta för att främja ett helhetsperspektiv i planeringen. Skyldigheten att upprätta en SIP inträder först när ett behov av samordning är identifierat. Berörda kontakter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ansvarar för bedömningen; huruvida det finns behov av att upprätta en SIP eller inte. En SIP syftar inte till att ersätta andra typer av planeringar eller planer, förutsatt att föreskrivna

krav för att upprätta en SIP är uppfyllda. Bestämmelserna om SIP återfinns numera i följande lagrum: 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen, 2 kap. 7 § socialtjänstlagen och från och med den 1 januari år 2018 i 4 kap. 1–3 § i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Bestämmelserna om SIP omfattar även andra lagar som reglerar sociala insatser från kommunen, som exempelvis lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), ofta benämnd som LSS. Vad gäller tolkningen av hälso- och sjukvård tillämpas samma definition som i hälso- och sjukvårdslagen, vilket även omfattar behov av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

## Tidigare forskning

I detta kapitel presenteras tidigare forskning som är relevant för studien. Kapitlet inleds med en redogörelse för forskningsläget om samverkan inom välfärdssektorn i stort, därefter följer en presentation av forskning som mer specifikt rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, både övergripande och med fokus på primärvård. Avslutningsvis presenteras forskning som rör arbete med individuella planer.

### Samverkan inom välfärdssektorn

Samverkan är alltjämt ett arbetssätt under utveckling inom flera delar av välfärdssektorn. Sett till forskningsläget har flera forskare pekat på att det fortfarande finns en del osäkerheter kring de mer långsiktiga effekterna av att samverka (se Anell & Mattisson 2009; Willumsen, Ahgren & Ødegård 2012). Drivkrafterna bakom samverkan kan förstås som flera. Välfärdsstatens utveckling mot en ökad decentralisering av beslutsfattande i kombination med en ökad specialisering av välfärdstjänster har kommit att spela en viktig roll (Axelsson & Bihari Axelsson 2007; Danermark & Kullberg 1999). Axelsson och Bihari Axelsson (2007) beskriver också denna utveckling som en följd av ett ökat behov av integrering av kunskaper och kompetenser, där olika organisationer och professioner försöker att komplettera varandra i syfte att höja kvaliteten på välfärdstjänster (se även Anell & Mattisson 2009; Miller & Ahmad 2000). Samtidigt har man genom forskning kunnat visa att samverkan som arbetssätt många gånger är kostsamt och resurskrävande (se t.ex. Huxham & Vangen 1996). Vidare visar forskning att samverkan som arbetssätt många gånger förutsätter ett strategiskt och gemensamt handlande sett till både organisering och formulering av mål för att tjäna önskade syften (Horwath & Morrison 2007; Hudson et al. 1999). Delar som tillit och stabila relationer lyfts också återkommande fram som

bärande för utfallet av samverkan (Dunlop & Holosko 2004; Horwath & Morrison 2007). Trots den begränsade kunskap som finns om de långsiktiga effekterna av att samverka visar forskning att samverkan som arbetssätt har kommit att etableras som något per definition positivt och utvecklande inom flera verksamhetsområden (se Anell & Mattisson 2009; Hjortsjö 2005; Hudson et al. 1999).

I frånvaro av resultat som påvisar säkra, positiva effekter med att samverka har en betydande del av den forskning som finns inom området kommit att fokuseras mot att identifiera viktiga omständigheter att ta hänsyn till för att lyckas med samverkan, eller kanske snarare; för att inte misslyckas. Bland forskare råder det överlag samstämmighet i uppfattningen om vilka omständigheter som är centrala för samverkan. Willumsen och Hallberg (2003) diskuterar exempel på flera av dessa, vilka kan sammanfattas i följande: förståelse för varandras uppdrag, de professionellas problembeskrivningar, prioriteringar och engagemang, flexibilitet, handlingsutrymme samt ömsesidigt förtroende mellan parterna. Flera av dessa delar omnämns på liknande sätt även i annan forskning (se t.ex. Anell & Mattisson 2009; Ansell & Gash 2007; Danermark & Kullberg 1999; Horwath & Morrison 2007; Willumsen, Ahgren & Ødegård 2012; Ødegård & Strype 2009). Vidare visar Basic (2012) och Danermark och Kullberg (1999) att professions- och organisationsorienterade skillnader många gånger ligger till grund för konflikter vid samverkan.

## Samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

Den forskning som finns om samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst<sup>3</sup> följer till stora delar samma mönster som annan samverkan inom välfärdssektorn. Även denna forskning är i flera delar fokuserad på att identifiera viktiga omständigheter, i vissa fall benämnda som processer eller faktorer, för att lyckas med samverkan. I ett flertal studier lyfts vikten av gemensamma mål, tydlig rollfördelning, tillit, flexibilitet, gemensamma förklaringsmodeller samt jämlika relationer fram som viktiga delar för att lyckas skapa god samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst (se t.ex. Ambrose-Miller & Ashcroft 2016; Cameron et al. 2014; Danermark & Kullberg 1999; Hudson 2002). Vad gäller den samverkan som rör just hälso- och sjukvård och socialtjänst, uppmärksammas i flera studier den ojämlika relation som många gånger kommer till uttryck i mötet mellan dessa parter. Ett återkommande mönster i både nationell och internationell forskning är att hälso- och sjukvårdens funktion och professionella

---

<sup>3</sup> Till socialtjänst räknas här även socialvårdsinsatser och andra insatser som beviljas av socialtjänst.

expertis ges mest utrymme och inflytande i denna samverkan (se Blomqvist 2012; Danermark & Kullberg 1999; Frost, Robinson & Anning 2005; Glaser & Suter 2016; Hudson 2002). Som exempel på hur detta kan ta sig praktiska uttryck, beskriver Dunér och Wolmesjö (2015), med utgångspunkt i studier av biståndshandläggares roll, att det ofta råder en maktobalans där socialarbetare till följd av en svagare professionell identitet får en svagare ställning och mindre inflytande än hälso- och sjukvårdens representanter i det gemensamma arbetet. Till skillnad från den mer professionsorienterade roll som representanter för hälso- och sjukvård intar upplevs socialarbetarens roll som spretig och svårdefinierad (Ambrose-Miller & Ashcroft 2016; Dunér & Wolmesjö 2015; Frost, Robinson & Anning 2005). Relaterat till dessa resultat menar Hall (2005) att otydliga rollförväntningar många gånger riskerar att resultera i konflikter mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, varför det är viktigt med god kommunikation och tydligt ledarskap.

Sett till ämnet för denna uppsats finns det anledning att under denna rubrik också presentera forskning som specifikt rör samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Sunessons (1991) studier av samverkan mellan primärvård och socialtjänst visar på rollfördelningens och den professionella tillhörighetens betydelse för hur det gemensamma arbetet tar form. I linje med ovan presenterad forskning om hälso- och sjukvård och socialtjänst i stort, menar Sunesson (1991) att det medicinska perspektivet tenderar att vara dominerande även i samverkan mellan primärvård och socialtjänst, och att socialtjänsten till följd av detta inte sällan underordnas primärvården. Framförallt tar denna underordning sig uttryck i förhållande till läkare vilka många gånger spelar en viktig roll för utgången av samverkan mellan primärvård och socialtjänst (Sunesson 1991).

Det finns betydande skillnader i hur primärvård och socialtjänst organiseras i olika länder vilket gör att det är svårt att dra rätta linjer mellan ovan presenterade studier och internationell forskning inom området. Trots detta finns det här beröringspunkter värda att lyfta fram. Även internationell forskning om samverkan mellan primärvård och socialtjänst visar att professions- och organisationsorienterade skillnader utgör återkommande hinder (Coleman & Rummery 2003; Glendinning 2003). Att gemensamt mellan primärvård och socialtjänst skapa förutsättningarna för samverkan betonar Hubbard och Themessl-Huber (2005) vikten av. De menar att det är av stor betydelse att de samverkande parterna anlägger ett helhetsperspektiv i det gemensamma arbetet och inte bara ser till den egna organisationens intressen, för att god samverkan ska

skapas. Den asymmetri och underordning som bland annat Sunesson (1991) belyser, uppmärksammas även i internationella studier. Ashcroft et al. (2018) menar, med utgångspunkt i studier av multidisciplinära team inom primärvården, att socialarbetares roll och funktion många gånger ifrågasätts och undermineras. Även Coleman och Rummery (2003) är inne på samma linje och menar att socialarbetares underordnade roll i mötet med primärvården utgör ett hinder för att skapa god samverkan.

## Samverkan med individuella planer

Individuella planer som insats inom vård och omsorg är en förhållandevis ny företeelse vilken kan förstås mot bakgrund av välfärdspolitikens nya inriktning med tydligare krav på den hjälpsökandes möjligheter till delaktighet (Breimo 2016). Alve et al. (2013) visar att individuella planer som insats många gånger kan bidra till att öka den hjälpsökandes delaktighet och således skapa en bättre samverkan på individnivå. Samtidigt tycks denna form av samverkan omges av en rad hinder. Hinder som kan härledas till professions- och organisationsorienterade skillnader. Som exempel menar Alve et al. (2013) att den professionella expertis som hälso- och sjukvården besitter kan komma att innebära att beslut fattas över huvudet på den hjälpsökande och att andra aktörers perspektiv och intressen förbises i det gemensamma arbetet. Samma studier visar att arbetet med individuella planer i vissa fall också mer handlar om att leverera en produkt och visa på effektivitet än att tillgodose behov, något som riskerar att begränsa den hjälpsökandes delaktighet i processen.

I Sverige är en betydande del av samverkan med individuella planer koncentrerad till användningen av SIP vilket är fokus i denna uppsats. Trots användningsområdets omfattning är kunskapen om SIP begränsad. Det finns idag ingen heltäckande statistik över hur arbetet med SIP ser ut i Sverige (Socialutskottet 2017). Nordström (2016) som har studerat professionellas samt barns och föräldrars erfarenheter av SIP menar dock att finns betydande skillnader i hur och i vilken omfattning SIP används inom olika delar av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av Nordströms (2016) studier framgår det också att de professions- och organisationsorienterade hinder som många gånger omger parternas samverkan i stort även tar sig uttryck i arbetet med SIP. Som exempel på återkommande hinder i arbetet med SIP lyfts följande fram: ifrågasättande av andra professioner, bristande kunskap om samverkande parter, skillnader i mandat, olika prioriteringar och behov samt tvång till närvaro (Nordström 2016). Nämnade hinder ligger många gånger till grund för att olika tillämpningar görs av bestämmelserna. Berörda organisat-

ioner tenderar att tolka bestämmelserna så att de svarar mot egna behov och intressen (Nordström 2016). För att skapa god samverkan med SIP är det viktigt att det finns samsyn i hur arbetet ska organiseras och bedrivs (se Nordström 2016; Widmark 2015). Bristande samsyn resulterar inte sällan i konflikter som riskerar att flytta fokus från det ursprungliga syftet med SIP (Nordström 2016).

Att man inom olika verksamhetsområden har kommit olika långt i arbetet med SIP framkommer även i andra studier (se Esbjörnson & Hagqvist 2013; Winqvist 2016). Källmén, Hed och Elgán (2017) studier om samverkan med SIP inom psykiatri och missbruksvård visar att SIP används påfallande lite trots att det inom berörda organisationer finns en efterfrågan på bättre samordning av insatser och en positiv inställning till SIP som arbetssätt (se även Statens institutionsstyrelse 2014). Som hinder för en ökad användning av SIP lyfter Källmén, Hed & Elgán (2017) bland annat fram att organisationernas dokumentations- och datasystem många gånger inte är kompatibla och därmed gör arbetet omständligt och tidskrävande. Även Winqvist (2016) pekar på vikten av bra IT-stöd för att främja användningen av SIP. Bristande kunskaper om SIP lyfts återkommande också fram som ett hinder. För att utveckla samverkan med SIP betonas vikten av att satsa på mer SIP-relaterad utbildning inom berörda organisationer (Källmén, Hed & Elgán 2017). Vad gäller behovet av mer och bättre utbildning påtalas detta även av bland annat Esbjörnson och Hagqvist (2013) samt Winqvist (2016).

## Några avslutande kommentarer om tidigare forskning

Syftet med denna genomgång har varit att placera aktuell studie i ett vetenskapligt sammanhang; vad har studerats tidigare och vad visar denna forskning. Den forskning som här presenteras har i huvudsak eftersökts via LUBsearch och Linköpings universitetsbiblioteks bokutbud och databas. Som underlag har både nationell och internationell forskning använts. Detta för att både belysa ett mer nära perspektiv på samverkan, utifrån en svensk kontext, och för att blicka ut och se hur liknande arbete ser ut i andra delar av världen. I denna genomgång har flera enskilda studier och forskningsrapporter presenterats samt även ett par forskningsöversikter hämtade från facklitteratur och vetenskapliga tidskrifter. Det är relevant att betona att den forskning som rör SIP fortfarande är så pass begränsad att även mindre traditionella källor, i detta fall främst FOU-rapporter, har kommit att användas i genomgången.



# Teoretiskt ramverk

Studiens teoretiska ramverk tar sin utgångspunkt i nyinstitutionell teori. Inledningsvis i detta kapitel ges en introduktion till nyinstitutionell teori, därefter presenteras de nyinstitutionella teoribildningar och begrepp som utgör det teoretiska ramverket i denna uppsats.

## Nyinstitutionell teori

Den nyinstitutionella teoriinriktningen kan betraktas som en reaktion på den tidiga institutionalismen och föreställningen om organisationer som formade och styrda genom rationellt beslutsfattande. Synen på organisationer som präglade av den institutionella omgivningen och omvärldens förväntningar är central i nyinstitutionell teori (Eriksson-Zetterquist 2009). Med utgångspunkt i antagandet om yttre faktorerers påverkan på organisationer intresserade sig Meyer och Rowan (1977) för att närmare studera glappet mellan rationell styrning och hur organisationer faktiskt fungerar. Den rationalitet som organisationer många gånger uppvisar utgörs inte sällan av myter om hur den rätta organisationen förväntas uppträda. Meyer och Rowan (1977) menar att den enskilda organisationen, med ambitionen att vinna legitimitet och för att åtnjuta andra organisatoriska fördelar, strävar mot att efterhärma och förverkliga liknande myter som andra organisationer inom samma område etablerar i sina verksamheter. Tendensen att sträva mot likformighet benämner Meyer och Rowan (1977) som isomorfism. För att beskriva den arena på vilken organisationer med likartade intressen, inte sällan i beroendeställning till varandra, möts och verkar använder DiMaggio och Powell (1983) begreppet organisatoriskt fält. DiMaggio och Powell (1983) menar att det på de organisatoriska fälten pågår en homogeniseringsprocess som innebär att organisationer anpassar sig till rådande kulturer och normer på fältet i syfte att vinna legitimitet.

Inom den nyinstitutionella skolan har det kommit att fästas stor vikt vid organisationsförändringar och hur idéer om den rätta organisationen sprids och färdas inom och mellan olika fält. Scott (2014) menar att det även i studiet av hur lagstiftning hanteras och efterlevs är relevant att belysa de institutionella aspekterna för att få förståelse för hur bestämmelser tillämpas i praktiken. Enligt Scott (2014) bör lagar främst studeras utifrån dess normativa och kognitiva element, snarare än som tvångsmedel. Med normativa element menas de normer och värderingar som råder i en organisation. De kognitiva elementen belyser hur mening skapas i den miljö som en organisation verkar i. Även Powell (1996) argumenterar för vikten av att belysa de organisatoriska förutsättningarna för att få förståelse för hur lagar tillämpas. I studiet av hur

man mellan primärvård och socialtjänst samverkar med SIP blir det mot bakgrund av Scotts (2014) och Powells (1996) resonemang om de institutionella aspekternas betydelse därför viktigt att inte enbart betrakta SIP som ett tvångsmedel. Utan i linje med ett mer organisationsteoretiskt synsätt istället studera SIP som en i huvudsak extern påverkan på primärvårdens och socialtjänstens arbete. De nyinstitutionella teoribildningar och begrepp som här följer belyser olika aspekter av hur den institutionella miljön kan komma att påverka samverkan med SIP.

## Hoppet och tilltron till förändringar

I likhet med bland annat Meyer och Rowan (1977) intresserar sig Brunsson (2006) för att studera rationell styrning av organisationer. Brunsson (2006) belyser rationell styrning med utgångspunkt i begreppet *hopp*. Det hopp som vi sätter till rationell styrning utgör en viktig drivkraft och legitimerar genomförandet av organisatoriska förändringar, menar Brunsson (2006). Att genomföra förändringar betraktas per definition som något positivt och utvecklande. Hoppet och tilltron till rationellt styrda förändringar kan förstås som både en målbild och önskan (Brunsson 2006). Den rationella styrningen är dock att betrakta som en villfarelse, menar Brunsson (2006). Genom studier av förändringsarbete i organisationer visar Brunsson (2006) på svårigheterna i att förena idé med praktik genom rationell styrning. De kontextuella aspekterna och den miljö i vilken förändringar genomförs i får återkommande stor betydelse för utfallet.

Brunsson (2006) menar att det finns en motsägelse i det att idéer och reformer, som exempelvis SIP, ofta utformas på en generell nivå men ändå förväntas passa varje enskild verksamhet. I många fall framträder också skillnader mellan hur man inom olika delar av en organisation betraktar och hanterar en förändring (Brunsson 2006). På strukturell nivå tenderar man att föra mer visionära resonemang om hur en förändring ska genomföras. I lägre, mer verksamhetsnära led lägger man istället större vikt vid de praktiska konsekvenserna av förändringen (Brunsson 2006). Inte sällan skapas olika förväntningar som resulterar i att parallella strukturer uppträder mellan olika delar i en organisation. Brunsson (2006) menar att man inom organisationer återkommande använder vissa mekanismer för att försöka hålla kvar vid hoppet om den rationella styrningens giltighet. *Hoppets mekanismer* som han benämner dem kan sammanfattas i tre övergripande strategier: separera förändringen från den praktiska verksamheten, avgränsa förändringen till vissa områden eller delar av verksamheten där hoppet inte hotas, uppmärksamma bara de positiva aspekterna av förändringen. I förhållande till införandet av SIP eller andra typer

av reformer kan strategierna fylla en viktig funktion för att hålla kvar vid den positiva uppfattning som många gånger omger en förändring eller ett nytt arbetssätt. Brunssons (2006) resonemang relaterat till begreppen *hopp* och *rationell styrning* är relevant att använda för att kunna analysera den organisationsförändring som införandet av SIP innebär samt vad som händer inom respektive organisation när aktuella bestämmelser ska integreras i den övriga verksamheten.

## Översättning av idéer

I jämförelse med Brunssons (2006) resonemang om hopp och rationell styrning belyser *översättningsteorin* ett annat perspektiv på den förändring som sker när en idé eller reform som SIP möter en ny organisatorisk miljö. Översättningsteorin tar fasta på hur individer och funktioner i organisationer tolkar och anpassar idéer. Flera forskare har kommit att använda översättningsteorin. Som framträdande inom detta forskningsfält kan bland annat Czarniawska och Joerges (1996) nämnas. En annan tongivande teoribildning för översättningen av idéer är Røviks (2000) resonemang om organisationsrecept.

Enligt Røvik (2000) är ett organisationsrecept en samling idéer som anger hur en eller flera delar av en organisation bör utformas. Ett organisationsrecept avgränsas i regel till vissa funktioner eller delar av en organisations verksamhet varför det mer är att betrakta som en komponent än som ett fullständigt koncept för hur en organisation ska agera. Översättningar av organisationsrecept kan delvis förstås som resultat av noga avvägda beslut för att på bästa sätt möta organisationers behov och intressen. Översättningar sker i vissa fall också utan avsikt. Vid införande av nya recept genomgår organisationer ofta ett kompatibilitetstest där möjligheterna att omfamna de nya idéerna prövas. Till följd av bristande resurser eller andra organisatoriska tillkortakommanden misslyckas i vissa fall organisationer med att införa och adoptera recepten i sin ursprungliga form, varför en oavsiktlig översättning sker. Røvik (2000) lyfter också fram en tredje förklaring till att recept och idéer översätts; för att slå vakt om organisationers identitet.

Formerna för hur organisationsrecept översätts tenderar att variera. Røvik (2000) menar att det i regel sker fyra typer av översättningar: *konkretisering*, *delvis imitation*, *kombination* och *omsmältning*. Konkretisering innebär, precis som det låter, att receptets innehåll utvecklas och förtydligas i den organisatoriska miljön. Recept som färdas inom och mellan olika organisatoriska fält uppfattas många gånger som allmängiltiga varför en konkretisering kan bli nödvändig

för att receptet ska kunna omsättas i praktisk handling. Tendensen att översätta recept genom delvis imitation kan förstås som konsekvens av att alla delar i receptet inte upplevs lika relevanta eller lätthanterliga, därmed blir endast delar av dem föremål för översättning. Denna typ av översättning kan också ske för att det upplevs svårt eller kostsamt att införa alla komponenter i ett recept (Røvik 2000). Den flora av recept som omger moderna organisationer medför i vissa fall också att olika recept anammas parallellt och sedan översätts genom att kombineras med varandra. Vid denna form av översättning hålls de kombinerade recepten kvar vid sin ursprungsformel men uppträder likväl i ny konstellation. Omsmältning kan förstås som en vidareutveckling av att kombinera organisationsrecept, och visar hur komponenter från olika recept kan frigöras och smältas samman till nya recept med nya egenskaper och annat innehåll.

Bestämmelserna om SIP utgör i strikt mening inte ett organisationsrecept som medarbetarsamtal eller jämställdhetsplaner. Som tidigare beskrivet menar dock Scott (2014) och Powell (1996) att det är viktigt att studera den institutionella miljöns påverkan för att förstå tillämpningen av lagar. Mot bakgrund av deras resonemang är det i denna studie därför relevant att använda översättningsteorin för att kunna analysera hur bestämmelserna om SIP tolkas och tillämpas inom och mellan primärvård och socialtjänst. I denna uppsats används översättningsteorin med utgångspunkt i Røviks (2000) resonemang om organisationsrecept.

## Möte mellan olika logiker

Samverkan med SIP kan också studeras som ett gränsöverskridande arbete mellan olika organisationer och logiker. Med utgångspunkt i begreppet *verksamhetsdomän* beskriver Grape (2006) det gränsöverskridande arbete som sker då organisationer med olika logiker samverkar. Grape (2006) menar att det på varje organisatoriskt fält finns ett antal verksamhetsdomäner inom vilka organisationer med liknande intressen och uppdrag möts och verkar. Verksamhetsdomäner kan här förstås som de aktivitetsområden eller uppgifter organisationer med liknande intressen gör anspråk på (Grape 2006). Grape (2006) illustrerar detta genom att beskriva hur olika myndigheter inom välfärdssektorn möts på fältet *arbetslivsrehabilitering* och där gör anspråk på verksamhetsdomänen *bedömning av arbetsförmåga*. De anspråk som görs inom en verksamhetsdomän, görs med utgångspunkt i organisationernas respektive logiker, vilka formas av de materiella, kulturella och symboliska värden som utgör organisationernas uppdrag (Grape 2006). För att relatera resonemanget om logiker till denna studie, kan hälso- och sjukvårdsuppdraget studeras som en medicinsk professionell logik, medan socialtjänstens arbete utgår från en socialrättslig logik.

Organisationernas skilda logiker innebär att de samverkansförsök som görs prövar möjligheten att förena olika perspektiv och förklaringsmodeller i det gemensamma arbetet. Beroende på hur väl de olika organisationernas anspråk överensstämmer med varandra samt hur tydlig gränsdragningen är mellan parternas uppgifter och funktioner, kommer samverkan att omges av olika grader av *domänkonsensus* eller *domänkonflikt* (Grape 2006). Domänkonsensus beskriver det tillstånd då de samverkande parterna visar ömsesidig respekt för varandras uppdrag och där det finns en tydlig gränsdragning mellan de olika organisationernas uppgifter och funktioner. Domänkonflikt beskriver det motsatta, då det råder låg grad av integration mellan berörda organisationer och där samverkan präglas av konflikt. För att uppnå domänkonsensus är det viktigt att man gränsöverskridande enas om mål och medel för det gemensamma arbetet. Grapes (2006) teori om verksamhetsdomäner är relevant att använda för att analysera det möte mellan olika uppdrag och logiker som primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP innebär.

## Några avslutande kommentarer om det teoretiska ramverket

Användningen av nyinstitutionell teori som teoretiskt ramverk i analysen ger goda möjligheter att belysa den roll och betydelse som den institutionella miljön har för den praktiska hanteringen av SIP. En förtjänst med valda inriktningar och begrepp är att de kan användas för att belysa olika delar av den studerade samverkan, således kompletterar de varandra på ett bra sätt. Som det redogörs för ovan kan Brunssons (2006) resonemang om hoppets mekanismer användas för att åskådliggöra hur man internt inom berörda organisationer hanterar den förändring och de krav som följer med bestämmelserna om SIP. Røviks (2000) översättningsteori kan användas för att analysera hur bestämmelserna om SIP tolkas i den praktiska hanteringen. Vidare kan sedan Grapes (2006) teori om verksamhetsdomäner användas för att visa på hur eventuella tolkningar av bestämmelserna kan påverka det gränsöverskridande arbete som samverkan med SIP innebär. En annan typ av förtjänst med valda teorier är att alla tre teorier har utvecklats av skandinaviska forskare och i förhållande till skandinavisk organisationsforskning. Detta ger en teoretisk närhet till det sammanhang som här avses studeras. Med valda teorier följer också vissa begränsningar. Som exempel på begränsningar med valda teorier är det relevant att lyfta fram att maktaspekten i mötet mellan de samverkande organisationerna ges ett mindre utrymme med detta teorival samt att den professionsorienterade kamp om tolkningsföreträde som bland annat Abbott (1988) beskriver inte heller lyfts fram på ett tydligt sätt med valda teorier.

# Metod

I detta kapitel presenteras och diskuteras de metodologiska val och överväganden som denna studie baseras på. Inledningsvis presenteras studiens metodologiska ansats, därefter beskrivs urvalsprocessen och insamlingen av material. Vidare redogörs det för bearbetning och analys. Avslutningsvis förs en diskussion om metodens förtjänster och begränsningar samt de forskningsetiska övervägandena i denna studie.

## Metodologisk ansats

För att möjliggöra en analys av hur man mellan primärvård och socialtjänst samverkar med SIP, är det nödvändigt att insamlingen av material fokuseras mot studiens syfte och frågeställningar. Det är därför viktigt att välja en insamlingsmetod som ger möjlighet att belysa respondenternas upplevelser av primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP (jfr Bryman 2011). Subjektivitet och tolkning tillmäts här betydelse då det är genom analyser av respondenternas upplevelser som studiens frågeställningar kan besvaras. Studiens ontologiska utgångspunkt är således att verkligheten är subjektiv och att antaganden om verkligheten baseras på upplevelser av densamma (Bryman 2011; Justesen & Mik-Meyer 2011). Ambitionen är här att söka kunskap om olika betydelser av det studerade fenomenet varför ansatsen är att beskriva som kvalitativ (jfr Levin 2008).

Den kvalitativa intervjun är en många gånger lämplig metod att använda för att studera individers upplevelser av ett visst fenomen, som i detta fall samverkan med SIP (Kvale & Brinkmann 2014; May 2001). Ett kunskapsteoretiskt antagande är här att kunskap om det som avses studeras produceras i det mellanmänniska mötet (se Kvale & Brinkmann 2014). Den kvalitativa intervjun ger också utrymme för flexibilitet, vilket gör det möjligt att följa upp och fördjupa de upplevelser som respondenterna ger uttryck för. Då denna studie är avgränsad till en särskild del av primärvårdens och socialtjänstens arbete är det samtidigt viktigt att insamlingen koncentreras till studiens syfte och frågeställningar. Att välja en metod som i flera delar saknar struktur för insamlingen riskerar att medföra att insamlingen fokuseras mot andra frågor än de som avses undersökas (Bryman 2011). För att försöka förena dessa perspektiv, balansgången mellan flexibilitet och struktur, har semistrukturerad intervju valts som insamlingsmetod. Den semistrukturerade intervjun genomförs med stöd av en intervjuguide. Intervjuguiden används som hjälp för att styra intervjuerna mot studiens syfte och frågeställningar (Bryman 2011; Justesen & Mik-Meyer 2011; May 2001). Till skillnad från en mer strukturerad intervjuform finns det dock

möjlighet att göra avsteg från intervjuguiden för att fördjupa olika resonemang i samtalen och för att respondenterna med egna ord ska kunna besvara frågorna (May 2001). Intervjuguiden ska tjäna som just vägledning i intervjuerna och behöver inte följas nitiskt (May 2001). Att respondenterna ges utrymme och möjlighet att med egna ord besvara frågorna är en viktig utgångspunkt i denna studie.

## Urval

I denna studie har det gjorts ett vad Bryman (2011) benämner som målstyrt urval. Det innebär att urvalet har gjorts med ambitionen att intervjua personer som är relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Ett kriterium i urvalet har varit att alla respondenter ska uppleva sig ha erfarenhet av arbete med SIP på individnivå i samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Ett annat kriterium har varit att alla respondenter ska ha arbetat så pass länge i nuvarande organisation att man anser sig vara väl förtrogen med sitt eget och verksamhetens övergripande uppdrag. Urvalsprocessen inleddes med att kontakt togs med enhetschefer inom primärvård och socialtjänst för att presentera studiens syfte och upplägg. Redan i denna del av urvalet gjordes en avgränsning vid upptagningsområdet för ett landsting, detta för att i ett senare skede möjliggöra för en eventuell analys av lokala omständigheters betydelse för den studerade samverkan. Enheter med organisatorisk, geografisk eller annan typ av koppling till mitt arbete som samordnare och förbundsansvarig i Samordningsförbundet Västra Östergötland har valts bort. Försöken till kontakt gjordes inledningsvis via telefon. Flera verksamheter inom både primärvård och socialtjänst har dock inte gått att nå via telefon varför kontakt även har tagits via e-post.

Gällande urvalet av respondenter från primärvården har alla vårdcentraler inom upptagningsområdet för det aktuella landstinget betraktats som en enhet, då man arbetar utifrån samma kärnuppdrag. Responsen från de kontaktade vårdcentralerna har varit genomgående god, flertalet enhetschefer har uttryckt sig uppmuntrande till att en studie som denna genomförs. Samtidigt har det i kontakten med flera vårdcentraler framkommit att man i verksamheterna inte anser sig ha tillräckligt med erfarenhet av arbete med SIP för att delta i denna studie. Ett par vårdcentraler har också meddelat att man på grund av omorganisation eller hög sjukfrånvaro valt att avstå deltagande. Dessa omständigheter försvårade inledningsvis tillträdet till denna del av fältet och föranledde att kontakt behövdes tas med ett flertal olika vårdcentraler. I kontakten med enhetschefer inom primärvården framkom det också att man organiserar arbetet med SIP på olika sätt. På vissa vårdcentraler är det i huvudsak sjuksköterskor som arbetar med SIP, på andra vårdcentraler är det vanligare att läkare utför denna typ av arbetsuppgifter. De lokala

skillnaderna i hur arbetet organiseras medförde att urvalet också genomfördes på grundval av bekvämlighet, det vill säga att utöver ovan redovisade kriterier togs också hänsyn till vilka individer som var tillgängliga för deltagande (jfr Bryman 2011). Enhetscheferna vid de olika vårdcentralerna har vidarebefordrat kontaktuppgifter och i vissa fall även satt mig i direktkontakt med tänkbara respondenter. Denna del av urvalsprocessen kan förstås som ett uttryck för kedjeurval, då en person eller funktion inom en organisation har rekommenderat andra personer att delta (Bryman 2011). I tre av fallen bokades intervjuerna in i direktkontakt med respondenterna, i ett fall bokades intervjun in med en enhetschef som mellanhand.

I urvalet av respondenter från socialtjänsten har kontakt tagits med enhetschefer eller motsvarande funktioner inom två olika verksamhetsområden inom socialtjänsten. Det ena verksamhetsområdet med uppdrag mot biståndsbedömning av rätten till vård- och omsorgsinsatser, det andra med uppdrag mot utredning och bedömning av rätten till försörjningsinsatser<sup>4</sup>. Valet av verksamhetsområden har motiverats med att man inom båda områdena har tydliga beröringspunkter med primärvårdsuppdraget. Precis som i kontakterna med vårdcentralerna har respon- sen varit genomgående positiv från socialtjänsten. Dock har det även i denna del av urvalet framkommit att vissa verksamheter inte upplever sig ha tillräckliga erfarenheter av arbete med SIP för att delta i studien. Detta medförde att kontakt behövdes tas med fyra olika socialtjänster innan lämpliga respondenter kunde hittas.

Förutom att hitta respondenter som är relevanta för studiens syfte och frågeställningar har jag i rollen som forskare också behövt göra en bedömning av lämpligt respondentantal. Utgångspunkten har varit att urvalsprocessen inte är statisk i det avseendet att respondentantalet bestämdes på förhand. Om någon av intervjuerna hade fallerat fanns beredskap för att genomföra ytterligare insamling. I en kvalitativ studie som denna bedöms det lämpligt att göra ett förhållandevis litet urval (Bryman 2011). Ett respondentantal om åtta, fyra från primärvården och fyra från socialtjänsten har, sett till utfallet av intervjuerna, bedömts tillräckligt för att studiens frågeställningar ska kunna besvaras.

---

<sup>4</sup> Verksamhetsområdet beskrivs i vissa kommuner som Ekonomiskt bistånd.



## Studiens respondenter

Samtliga fyra respondenter från primärvården var vid tillfället för intervjuerna anställda och verksamma vid en vårdcentral. Tre var utbildade och verksamma sjuksköterskor, en var utbildad och verksam läkare. Alla arbetade inom samma landsting, ingen var dock verksam vid samma vårdcentral som någon annan. Alla fyra hade utöver ordinarie uppdrag någon form av samordningsansvar i verksamheten. Sjuksköterskorna identifierade sig som kvinnor, läkaren identifierade sig som man. I nuvarande verksamhet hade man arbetat mellan 1 och 9 år. Respondenternas ålder var mellan 30 och 60 år.

Gällande respondenterna från socialtjänsten var samtliga fyra anställda och verksamma vid ett socialkontor. Alla var utbildade socionomer eller hade likvärdig utbildning. Två var verksamma som biståndsbedömare, två var verksamma som socialsekreterare. Biståndsbedömarna företrodde samma kommun och verksamhet, samma sak gällde med socialsekreterarna. Noterbart är dock att biståndsbedömarna och socialsekreterarna var verksamma i olika kommuner. En av de respondenter som arbetade som biståndsbedömare hade utöver ordinarie uppdrag ett särskilt samverkansansvar mot primärvården. Samtliga respondenter från socialtjänsten identifierade sig som kvinnor. I nuvarande verksamhet hade man arbetat mellan 1 och 20 år. Respondenternas ålder var mellan 25 och 50 år.

I uppsatsens analysdel benämns respondenterna från primärvården med nummer 1–4 och respondenterna från socialtjänsten med nummer 5–8, enligt följande upplägg:

Respondent 1: sjuksköterska, primärvården

Respondent 2: läkare, primärvården

Respondent 3: sjuksköterska, primärvården

Respondent 4: sjuksköterska, primärvården

Respondent 5: biståndsbedömare, socialtjänsten

Respondent 6: biståndsbedömare, socialtjänsten

Respondent 7: socialsekreterare, socialtjänsten

Respondent 8: socialsekreterare, socialtjänsten

## Genomförandet av intervjuer

I god tid före varje intervjutillfälle fick respondenterna ta del av skriftlig information om mig som forskare och om upplägget för studien<sup>5</sup>. Kontaktuppgifter lämnades också till min handledare. Denna information kommunicerades via e-post. I samband med att intervjuerna bokades in lyftes också frågan om lämplig plats att genomföra intervjuerna på. Samtliga respondenter föreslog att intervjuerna skulle genomföras på deras respektive arbetsplatser, vilket så också blev fallet. Alla intervjuer genomfördes i avskilda rum på eller i anslutning till respondenternas arbetsplatser. I den inledande delen av varje intervju redogjordes det återigen för studiens syfte och för de etiska aspekterna av studien. Innan intervjuerna påbörjades lämnade samtliga respondenter informerat samtycke till deltagande i studien.

Inför intervjuerna upprättades den intervjuguide som tjänade som stöd för vilka teman och frågor som skulle beröras under intervjuerna (jfr Kvale & Brinkmann 2014)<sup>6</sup>. Utformningen av intervjuguide föregicks av viss inläsning på forskning i ämnet, dock utan något särskilt teoretiskt fokus. Intervjuguiden utformades med utgångspunkt i tre övergripande teman: *Verksamhet och uppdrag*, *Övergripande samverkan* och *Samverkan med SIP*. Det inledande temat kom att fokuseras mot organisationernas uppdrag samt vilka roller och funktioner respondenterna har i sitt arbete. Det andra temat kom att fokuseras mot primärvårdens och socialtjänstens övergripande samverkan samt hur berörda organisationer samverkar med andra parter. Detta tema var relevant att ha med för att belysa den övergripande samverkan i förhållande till parternas gemensamma arbete med SIP. Det sista temat, Samverkan med SIP, kom att utgöra huvudfokus under intervjuerna. På detta tema berördes och diskuterades olika aspekter av primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att intervjuerna till stora delar motsvarade ställda förväntningar. De flesta respondenter agerade intresserat och närvarande under intervjuerna och upplevdes angelägna om att dela med sig av sina erfarenheter av parternas arbete och samverkan med SIP. Det positiva bemötande som jag fick underlättade rollen som intervjuare i det hänseendet att intervjuerna inte upplevdes forcerade utan att tonen i samtalen präglades av nyfikenhet och engagemang. En intervju skiljde sig något från de andra och upplevdes svårare att genomföra, då respondenten i fråga vid ett flertal tillfällen under intervjun vände sig mot sin

---

<sup>5</sup> Se bilaga 1.

<sup>6</sup> Se bilaga 2.

dator och genomgående besvarade frågorna kortfattat. Detta resulterade i att denna intervju blev något kortare än resterande, omkring en halvtimme. Trots längden på intervjun blev den materialmässigt givande. På ett tydligt sätt kunde respondenten ändå redogöra för sina upplevelser av arbetet med SIP och de hinder som omger denna samverkan.

Precis som med cheferna uttryckte också flera av respondenterna sig positiva till att arbetet med SIP studeras, något som kan ha underlättat mitt tillträde till fältet. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon-funktionen på en iPhone 6. Längden på intervjuerna varierade från ungefär en halvtimme till omkring en timme. Efter att alla intervjuer var genomförda gjordes transkriberingen. Transkriberingen resulterade i text om totalt 73 A4-sidor (Times New Roman, 12 punkter, radavstånd 1.0).

## Bearbetning och analys

Analysen påbörjades redan under intervjuerna (jfr Kvale & Brinkmann 2014). I samtalen gjordes en första tolkning av de upplevelser som respondenterna delade med sig av. I flera fall resulterade de inledande tolkningarna i följdfrågor som tog intervjuerna och respondenternas resonemang till nya platser (se Kvale & Brinkmann 2014). När alla intervjuer var transkriberade aktualiserades ett kaosproblem (se Rennstam & Wästerfors 2015). Det insamlade materialet var i denna del både omfattande och ostrukturerat varför det var nödvändigt att påbörja en mer intensiv sortering. I ett försök att bringa ordning i materialet gjordes här en initial kodning med hjälp av anteckningar i utskriften. Här inleddes också ett mer omfattande umgänge med materialet. Denna del av sorteringen var viktig för att bena ut och belysa både vad som sades under intervjuerna och hur respondenterna valde att formulera sig (jfr Jacobsson 2008). Att inledningsvis förhålla sig öppen i kodningen var viktigt för att försöka undvika en stereotyp och förutsägbar sortering av materialet (jfr Rennstam & Wästerfors 2015; Trost 2010).

Den inledande kodningen av materialet övergick sedan i en tydligare tematisering. Koderna kom här att utgöra delar av teman. Som exempel på en kod som i denna del blev en del av ett tema, kan koden *Prat om dokumentation* nämnas, vilken sorterades in på temat *En resurskrävande samverkansform*. Kodningen blev i denna fas mer fokuserad i takt med att teman i materialet växte fram. Utformningen av teman har gjorts både genom användning teoretiska begrepp och med utgångspunkt i de mönster som framträdde i materialet. Som exempel på hur teoretiska begrepp har använts i utformningen av teman, kan temat *En samverkan utifrån olika perspektiv*

och logiker nämnas. Användningen av begreppen *Samverkan* och *logiker* görs med stöd i Grapes (2006) teori om verksamhetsdomäner, i ett försök att begripliggöra och kontextualisera materialet. Som exempel på mönster i materialet som användes som underlag för utformning av tema kan respondenternas återkommande beskrivningar av bristande kunskaper nämnas. Upprepade genomläsningar av materialet genomfördes också i detta skede för att försöka hitta variationer och fler intressanta aspekter av intervjuerna. Här gjordes även försök att hitta beskrivningar som bröt mönstret och visade på andra upplevelser av det studerade fenomenet. En förhastad sortering riskerar att slita isär materialet och göra att kontextuella aspekter går förlorade (Bryman 2011). Det var därför viktigt att denna del av bearbetningen fick ta en del tid i anspråk.

Efter den inledande sorteringen, vilken resulterade i en mer fokuserad kodning och en första framväxt av teman, återstod alltså ett omfattande material. Med utgångspunkt i studiens syfte och frågeställningar inleddes därför här arbetet med att försöka reducera materialet (se Rennstam & Wästerfors 2015). Att reducera materialet var nödvändigt för att visa på vilka delar som är framträdande och vilka delar som är av mer perifer betydelse (se Rennstam & Wästerfors 2015). Reduceringen som här tog vid innebar att en del teman prioriterades bort samtidigt som att vissa beskrivningar kom att ges mer utrymme. Exempel på tema som prioriterades bort var beskrivningarna av hur man samverkar med psykiatriska öppenvårdsenheter, beskrivningar som inte upplevdes tillräckligt relevanta sett till studiens syfte och frågeställningar. Genom reduceringen kom ett utkast till de teman som presenteras i analysdelen att växa fram.

I denna del identifierades även flera av de citat som presenteras i analysen. Citat kan vara lämpligt att använda både för att begripliggöra ett material och för att lyfta fram respondentrösten i en studies resultat (Bryman 2011). En viss redigering av några citat har varit nödvändig att göra för att förtydliga dess innebörder. Redigeringarna har inte varit av substantiell betydelse utan innebär endast att upprepade utfyllnadsord har plockats bort (se Bryman 2011). Efter denna reducering började berättelsen om det studerade fenomenet att ta form, här framträdde nu ett stoff till resultat av studie. Även om processen här beskrivs i kronologisk ordning där sorteringen följs av reducering, är det viktigt att understryka att processen inte i någon del har varit statisk och att mitt umgänge med materialet förutsatte att sorteringar även gjordes i reduceringen av materialet (jfr Rennstam & Wästerfors 2015). Detta innebär dock inte att nya kodningar gjordes, utan snarare att vissa delar av teman strukturerades om. Som exempel på hur

denna omstrukturering tog sig uttryck, kan det nämnas att koden *Prat om utbildning* kom att sorteras in under *Bristande kunskaper om SIP* istället för *En resurskrävande samverkansform*.

Den avslutande delen av bearbetningen ägnades åt argumentation för att visa på de mer utmärkande delarna av studiens resultat (se Rennstam & Wästerfors 2015). Genom att analysera det insamlade materialet med hjälp av studiens teoretiska ramverk samt med stöd i tidigare forskning, gjordes här försök att tolka respondenternas beskrivningar. I denna argumentation var det flera gånger nödvändigt att göra avvägningar mellan att dels presentera mer utvecklade beskrivningar ur ett bredare perspektiv med stöd i teori och tidigare forskning, dels försöka undvika att materialet dränktes i teoretiska resonemang och hänvisningar till andra studier. Presentationen av analysen görs med utgångspunkt i tre övergripande teman: *Samverkan som ideal, SIP som hopp eller lösning* samt *Viktiga omständigheter att ta hänsyn till i samverkan med SIP*.

## Metoddiskussion

Att föra en diskussion om en studies förtjänster och begränsningar kräver att man som forskare gör en rad metodologiska antaganden med utgångspunkt i följande frågor: Vad är vetenskaplig kvalitet och hur mäter vi det? Ambitionen att försöka mäta vetenskaplig kvalitet härrör från främst den kvantitativa forskningen och användningen av begreppen reliabilitet och validitet, vilka kortfattat kan beskrivas försöka ta fasta på en studiens tillförlitlighet och träffsäkerhet (Bryman 2011; Jacobsson 2008). Även inom den kvalitativa forskningen har varianter av nämnda begrepp kommit att tjäna som riktmärken för hur forskning ska bedrivas (Jacobsson 2008). För att försöka undvika att hamna i den kvantitativa traditionens måttstock och kriterier, förs följande diskussion i huvudsak med utgångspunkt i Jacobssons (2008) resonemang om hur kvalitativa studier med fördel kan genomföras för att bedömas hålla god vetenskaplig kvalitet.

Som det har redogjorts för tidigare i detta kapitel är den semistrukturerade intervjun en många gånger lämplig metod att använda då man avser studera individers upplevelser av ett visst fenomen. Genomförandet av denna studie bekräftar i flera delar uppfattningen om förtjänsterna med den valda metoden. Intervjuerna gav både detaljerade och materialmässigt intressanta beskrivningar av hur man mellan primärvård och socialtjänst samverkar med SIP. Det utrymme som lämnades för respondenterna att genom eget uttryck och med egna ord besvara frågorna, möjliggjorde att deltagarperspektivet främjades genom hela processen. Flexibiliteten i upplägget för intervjuerna innebar att det i samspelet med respondenterna också gavs utrymme att

utveckla och fördjupa olika resonemang och delar av intervjuerna. Genom följdfrågor och fördjupningar i olika resonemang kunde fler intressanta aspekter av den studerade samverkan belysas. Att använda följdfrågor visade sig också vara ett sätt att uppmuntra respondenterna att ta plats och mer utförligt ge uttryck för sina upplevelser.

Även om det kvalitativa angreppssättet med dess utrymme för tolkning och flexibilitet är att betrakta som nödvändigt för att kunna besvara studiens frågeställningar, kom användningen av intervjuguide samtidigt att fylla en viktig funktion. Att använda en intervjuguide med bestämda teman och frågor att fokusera intervjuerna mot gav insamlingen en övergripande struktur och hjälpte mig som intervjuare att styra intervjuerna mot det aktuella ämnet. Intervjuguiden gav mig som intervjuare också en trygghet i att låta deltagarperspektivet få betydande utrymme, utan att den röda tråden för den delen tappades. Förhoppningsvis bidrog denna trygghet till att respondenterna upplevde intervjuerna mer som samtal än som en forcerade utfrågningar. Sett till upplägget för intervjuerna, kom intervjuguiden också att spela en viktig roll för att komma ihåg alla de teman och aspekter som jag avsåg beröra. Särskilt tydligt blev detta i en intervju, då en respondent från socialtjänsten återkommande blandade resonemang om samverkan med primärvården med annan typ av samverkan. Med intervjuguiden som stöd kunde jag då upprepade gånger fånga upp och styra tillbaka intervjun till ämnet för studien.

De beskrivna förtjänsterna med den valda metoden har genom processen samtidigt ställt krav på en metodologisk medvetenhet. Det utrymme som lämnas för subjektivitet och tolkning i den semistrukturerade intervjun innebär att min position och bakgrund kan ha kommit att påverka insamlingen (se Kvale & Brinkmann 2014). Den reflexiva aspekten av intervjun medförde att jag i rollen som forskare behövde vara medveten om att jag använde mig själv som instrument i insamlingen och därmed också kom att utgöra en del av materialet (Kvale & Brinkmann 2014). Min potentiella påverkan på materialet bör förstås utifrån flera perspektiv. Det tillsynes givna, att jag i egenskap av socionom med flerårig arbetslivserfarenhet från både socialtjänst och samordningsförbund är relevant att lyfta fram. Min bakgrund som socionom innebar att jag på förhand hade god kännedom om socialtjänstuppdraget samt att jag även hade viss egen erfarenhet av att företräda socialtjänsten i SIP-processer. Inom ramen för mina uppdrag i Samordningsförbundet Västra Östergötland har jag också kommit att arbeta med att utforma lokala samverkansavtal kopplat till arbete med SIP, vilket har givit mig goda kunskaper om denna samverkansform. För att försöka hantera dessa aspekter på bästa sätt var det i förberedelserna viktigt att skaffa grundläggande kunskaper även om primärvårdens uppdrag och arbete. Detta för att

kunna utforma en intervjuguide som belyste båda parternas perspektiv och för att inte riskera att socialtjänstperspektivet tog överhand i intervjuerna. Under flera av intervjuerna med företrädare från primärvården visade det sig att mitt förarbete med inläsning på området också var nödvändigt för att kunna fördjupa olika resonemang och frågor i intervjuerna. Återkommande använde vissa respondenter förkortningar och facktermer som utan närmare inläsning hade varit svåra att förstå eller fördjupa frågor kring.

Min position och potentiella påverkan är viktig att också belysa ur respondenternas perspektiv. Det finns risk att man både från primärvård och socialtjänst förhöll sig till min bakgrund som socionom, något som kan ha påverkat samtalsklimatet och benägenheten att dela med sig av upplevelser. Sett till intervjuerna med respondenter från primärvården kan min position och bakgrund ha föranlett att man förhöll sig avvaktande till mig som intervjuare, då jag har min professionella hemvist i socialt arbete. Att mina olika roller som forskare och socionom också kunde komma att förväxlas blev tydligt i en av intervjuerna då en respondent från primärvården i ett skede benämnde socialtjänsten som ”ni” varpå jag behövde förtydliga min position som forskare. Även i intervjuerna med respondenter från socialtjänsten kan min position och bakgrund ha påverkat benägenheten att besvara mina frågor, då jag i egenskap av socionom studerade hur andra socionomer utför socialt arbete. I en av intervjuerna med företrädare för socialtjänsten blev det också tydligt att man förutsatte att jag hade god kännedom om socialtjänstens uppdrag och arbete. Inledningsvis uttryckte sig respondenten återkommande i termer som ”ja, du vet” eller ”ja, du förstår”. Detta medförde att beskrivningarna till en början blev relativt kortfattade och delvis svårbegripliga, då jag upprepade gånger faktiskt inte förstod vad som åsyftades trots min bakgrund som socionom. Som ett sätt att försöka hantera detta på fick jag vid flera tillfällen be respondenten att utveckla och exemplifiera vad hon menade. I samband med transkriberingen av denna intervju kunde jag konstatera att hennes beskrivningar blev fyligare och mer detaljerade ju längre intervjun pågick.

På liknande sätt som i mötet med respondenterna är det rimligt att anta att min position och bakgrund även kan ha kommit påverka urvalsprocessen och hur man på chefsnivå har resonerat i förmedlingen av kontakt med medarbetare (se Bryman 2011). De chefer som har förmedlat kontakt med medarbetare utgjorde vad Bryman (2011) benämner som grindvakter, vilka i förmedlingen av kontakter förmodligen också har sett till den egna organisationens intressen. Detta kan ha inneburit att förmedlingen av kontakter helt eller delvis gjordes på grundval av vilka medarbetare som ansågs vara bäst lämpade att bevaka organisationens intressen. I kontakten

med de olika verksamheterna både inom primärvård och socialtjänst blev det tydligt att cheferna hanterade förmedlingen av kontakter på olika sätt. Några chefer inbjöd till att jag själv kunde ta kontakt och höra mig för med olika medarbetare i deras verksamheter, andra var tydliga med vilka personer eller funktioner som fick kontaktas. De noterbara skillnaderna i förmedlingen av kontakter kan ha varit tillfälliga och behöver inte nödvändigtvis säga något om dessa chefers eller organisationers inställning till deltagandet i studien. Samtidigt fick det mig att reflektera över om en del chefer var mer angelägna om att bara låta vissa medarbetare delta i studien. För att på bästa sätt hantera denna del av urvalet har jag i alla kontakter försökt att vara tydlig med att både respondenterna och aktuella verksamheter kommer att avidentifieras i studien samt att allt insamlat material hanteras konfidentiellt. Detta för att försöka inge trygghet och för att undvika missförstånd kring hanteringen av det insamlade materialet.

I hanteringen av den reflexiva aspekten har bandinspelningen kommit att tjäna flera syften. Genom att spela in och sedan transkribera intervjuerna har jag i efterhand kunnat gå tillbaka till materialet för närmare genomläsningar. Umgänget med materialet har varit viktigt för att försöka förhindra att egna föreställningar blir avgörande för vad som noteras och vidare analyseras. De konkreta anteckningar som bandinspelningen genererade har också möjliggjort för att både tematiska och dynamiska aspekter av intervjuerna har kunnat åskådliggöras, alltså både vad som sades och hur det sades, samt för att förhindra att för stor vikt läggs vid ett fåtal slagkraftiga formuleringar (se Jacobsson 2008). I en studie som denna där det ges utrymme för subjektivitet och tolkning kan det också vara svårt för utomstående att få en uppfattning om hur man som forskare har gått tillväga. Inspelningen har spelat en viktig roll även för transparensen. En studies transparens är central för trovärdigheten i resultaten (Jacobsson 2008). Med utgångspunkt i det transkriberade materialet har jag på ett detaljerat sätt kunnat beskriva hur jag har gått tillväga i alla delar, från genomförande till bearbetning och analys. Transkriberingen har också möjliggjort direkta återgivningar i form av citat. Sett till trovärdigheten får de utförliga beskrivningarna av teori- och metodval också anses bidra till ökad transparens. En kritik som kan riktas mot kvalitativa intervjustudier är att den producerade kunskapen är för kontextbunden och därmed inte överförbar till andra sammanhang och miljöer (jfr Bryman 2011). Genom de noga beskrivningarna av hur studien har genomförts torde resultaten i viss utsträckning ändå vara giltiga i andra kontexter. Här är det samtidigt värt poängtera att målet med denna typ av forskning inte är att statistisk generaliserbarhet utan snarare teoretisk överförbarhet (Bryman 2011).



En annan kritik som ibland riktas mot den kvalitativa intervjun är att metoden riskerar att producera en godtrogen kunskap och därmed ge en förskönande bild av den verklighet som avses studeras (Kvale & Brinkmann 2014). Hela intervjuprocessen sett till både den fysiska miljön och det relationella perspektivet av mötet mellan mig och respondenterna är att betrakta som konstruerad. Denna aspekt har varit viktig att beakta genom hela processen. Konkret har det inneburit att jag i rollen som forskare har förhållit mig kritisk till respondenternas beskrivningar. Med kritisk menas inte att jag har ifrågasatt sanningshalten i olika påståenden, utan snarare att jag har betraktat intervjusituationen som konstruerad och därför försökt att få en mångsidig bild av respondenternas beskrivningar. Utifrån denna aspekt av intervjun har det varit viktigt att försöka åstadkomma en flexibel process med möjlighet att fördjupa och utveckla olika resonemang, detta både för att generera innehållsrika och materialmässigt intressanta beskrivningar men också för att uppmuntra respondenterna till reflektion kring deras upplevelser.

Mot bakgrund av de förtjänster och begränsningar som här har diskuterats med den valda metoden finns det anledning att reflektera över om denna studie hade kunnat genomföras på annat sätt. Inledningsvis i planeringen av denna studie fanns tankar om att genomföra deltagande observationer, eventuellt i kombination med dokumentstudier. En mer etnografiskt inriktad studie hade kunnat ge goda kunskaper om den kontext i vilken denna samverkan äger rum i. En dokumentstudie hade å sin sida kunnat bidra till att ge bättre kunskaper om hur planerarna upprättas samt hur primärvård och socialtjänst beslutar om insatser i SIP-processer. Att använda fler än en insamlingsmetod skulle också kunna bidra till fler variationer i det insamlade materialet samt ökad transparens i genomförandet (se Jacobsson 2008). Sett till de praktiska aspekterna av denna studie samt beskrivna förtjänster torde den semistrukturerade intervjun ändå ha varit en lämplig metod att använda. Trots att intervjun är flexibel sett till både tid och rum och utifrån ett respondentperspektiv inte så resurskrävande var det inledningsvis svårt att hitta lämpliga respondenter (jfr Bryman 2011). Det finns anledning att anta att en tidsmässigt mer resurskrävande studie som exempelvis deltagande observation ytterligare hade kunnat försvåra mitt tillträde till fältet och därmed även genomförandet av studien. Sammanfattningsvis är det också värt att framhålla att de semistrukturerade intervjuerna får anses ha genererat ett material med tillräcklig variation och kvalitet för att analysera primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP.

## Forskningsetiska överväganden

Den aktiva roll som jag som intervjuare kom att inta i insamlingen aktualiserade också en rad forskningsetiska överväganden. Genom hela processen behövde jag hålla mig vaksam på de olika etiska dilemman som kunde uppstå i samspelet med studiens respondenter (jfr Kvale & Brinkmann 2014). I denna studie har Vetenskapsrådets forskningsetiska principer tjänat som kompass. Vetenskapsrådets forskningsetiska principer kan sammanfattas i fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Med hänsyn till informationskravet gavs alla respondenter, både i första kontakten och genom respondentbrevet, utförlig information om studiens syfte och upplägg samt att allt deltagande var frivilligt och närsomhelst kunde avbrytas (Vetenskapsrådet 2002). I samband med intervjuerna lämnades återigen denna information och i enlighet med samtyckeskravet inhämtades informerat samtycke från samtliga respondenter (jfr Vetenskapsrådet 2002). I min roll var det också nödvändigt att göra en bedömning av hur mycket information som var lämpligt att lämna till respondenterna. Utgångspunkten har varit att försöka vara så transparent som möjligt i alla delar av processen, detta för att inge förtroende och för att undvika eventuella missförstånd och osäkerheter. I samband med intervjutillfällena informerade jag återigen om att studien genomförs inom ramen för mitt arbete i Samordningsförbundet Västra Östergötland. Samtidigt var jag tydlig med att studien är en del av ett studentarbete vid Lunds universitet och att det därmed inte finns några ställda förväntningar från min arbetsgivare.

För att inge förtroende har jag i kontakten med respondenterna också varit tydlig med att inhämtade uppgifter och insamlat material hanteras konfidentiellt. Detta innebär att respondenterna och de verksamheter de representerar aidentifieras i presentationen av studiens resultat samt att materialet förvaras aidentifierat och säkert (Vetenskapsrådet 2002). Av samma anledning har jag i kontakten med respondenterna varit tydlig med hur det insamlade materialet nyttjas, det vill säga att inhämtade uppgifter och insamlat material inte lämnas ut till en annan part, utan endast används för studiens ändamål (Vetenskapsrådet 2002). Med hänsyn till forskningskravet som tar fasta på en studies betydelse sett till utveckling av ny kunskap, får denna studie anses bidra till viktig kunskap om samverkan med SIP. Det beskrivna upplägget för studien ska inte heller äventyra respondenternas rätt till individskydd varför studien får anses vara etiskt motiverad, sett till både forsknings- och individskyddskravet (Vetenskapsrådet 2002).

# Analys

Analysen är indelad i tre avsnitt. I det inledande avsnittet *Samverkan som ideal* analyseras respondenternas upplevelser av de olika samverkansförsök som görs mellan primärvård och socialtjänst. Kapitlet fortsätter sedan med avsnittet *SIP som hopp eller lösning*, i denna del analyseras det hur primärvård och socialtjänst samverkar med SIP. Avslutningsvis följer avsnittet *Viktiga omständigheter att ta hänsyn till i samverkan med SIP*. I detta avsnitt analyseras främst de hinder men också de möjligheter som omger primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP.

## Samverkan som ideal

För att kunna få en förståelse för hur man mellan primärvård och socialtjänst samverkar med SIP behöver man titta närmare på hur parterna samverkar på ett övergripande plan. De inledande delarna av intervjuerna kom därför att handla om parternas samverkan i stort. Samverkan mellan primärvård och socialtjänst beskrivs av respondenterna som något genomgående positivt och eftersträvansvärt. Samtliga respondenter både från primärvård och socialtjänst menar att deras samverkan är nödvändig för att de ska kunna fullgöra sina respektive uppdrag. Som anledning till varför det upplevs viktigt att samverka, återkommer flera respondenter till att samverkan behövs för att kunna möta den komplexa problematik som omger många av primärvårdens och socialtjänstens gemensamma ärenden. Denna uppfattning delas av respondenter från både primärvård och socialtjänst. På frågan hur ett typiskt ärende ser ut som blir föremål för samverkan mellan primärvård och socialtjänst uttrycker sig en respondent från socialtjänsten på följande sätt:

*Det kan ju vara en person som har kanske lite diffus problematik, alltså ohälsa, att det kanske finns många saker. Dom kan komma till oss och säga att dom mår på ett sätt och då behöver vi ha det styrkt från sjukvården och oftast är det ju vårdcentralen man ska vända sig till i första hand, innan det blir något specifikt.*

(Respondent 8)

Den mångbottnade problematik som i flera fall omger primärvårdens och socialtjänstens gemensamma ärenden innebär att det inte sällan finns andra aktörer, som till exempel försäkringskassa, hemsjukvård eller vårdboenden, att också ta hänsyn till. Respondent 6 som arbetar inom socialtjänsten, beskriver att behovet av att samverka också bör förstås mot bakgrund av en ökning av antalet aktörer till följd av nya regler om valfrihet av välfärdstjänster, där offentliga

utförare har bytts ut mot privata alternativ. I överensstämmelse med denna beskrivning menar respondent 2 och respondent 4 att primärvårdens samverkan med socialtjänsten inte sällan kommer att involvera och engagera ett flertal andra verksamheter och funktioner. Respondenternas beskrivningar visar att de samverkansprocesser som äger rum mellan primärvård och socialtjänst i flera fall blir omfattande, sett till antal deltagande parter. I flera fall rör det sig om tre eller fler parter i samverkan.

I linje med de upplevda förtjänsterna med denna samverkan uttrycker ett flertal respondenter både från primärvård och socialtjänst att det finns behov av att arbeta mer gemensamt och gränsoverskridande. En respondent från primärvården beskriver att parternas samverkan särskilt behöver utvecklas i arbetet kring gruppen äldre:

*Jag skulle önska mer samverkan med socialtjänsten. Särskilt vi som jobbar mycket mot äldre patienter, som är om man tittar primärvårdsmässigt dom som har behov av insatser från olika lagrum eller vad man ska säga.*

(Respondent 1)

Även om det i denna beskrivning liksom i andra beskrivningar påtalas ett behov av att öka primärvårdens och socialtjänstens samverkan, är det anmärkningsvärt att ingen respondent varken från primärvård eller socialtjänst närmare redogör för vad en ökad samverkan förväntas innebära rent praktiskt. Eller för den delen hur man genom mer samverkan ska gå tillväga för att möta och hantera den återkommande komplexitet som omger en betydande del av parternas gemensamma ärenden.

Det uttryckta behovet av mer och bättre samverkan kan också förklaras av upplevda brister i de kontakter som tas mellan primärvård och socialtjänst. Trots förtjänsterna med att samverka menar flera respondenter både från primärvård och socialtjänst att man samverkar i liten utsträckning. Den generella uppfattningen bland respondenterna är att det saknas strukturer och rutiner för hur och när man ska samverka. Ett flertal respondenter från båda parter betonar att endast en liten del av samverkan sker genom fysiska möten och att kontakterna parterna emellan mer är av sporadisk karaktär. Istället för att träffas och samverka hanteras kontakterna många gånger via olika datasystem. Som exempel på hur detta tar sig uttryck beskriver respondent 1 att ett flertal av de kontakter som tas med socialtjänsten sköts via det gemensamma dokumentationssystemet i datorn. Ansikte mot ansikte-möte, som hon uttrycker det, hålls mer sällan, bara i och

runt mer komplicerade ärenden och då det uppkommer frågor och problem av mer akut karaktär. Respondent 5 som arbetar inom socialtjänsten delar denna uppfattning och menar att samverkansrelaterade frågor i stor utsträckning hanteras genom ett dokumentationssystem.

Respondenternas beskrivningar visar att det inom både primärvård och socialtjänst finns en genomgående positiv inställning till att samverka med varandra. Upplevelsen av samverkan som något per definition eftersträvansvärt och utvecklande är sedan tidigare också väl dokumenterad i forskning (se Anell & Mattisson 2009; Hudson et al.1999). I föreliggande studie beskriver de flesta respondenterna att det är nödvändigt att samverka för att bättre kunna möta de hjälpsökandes behov. Samtidigt framträder här en tydlig skillnad mellan hur respondenterna beskriver vikten av att samverka och vilket faktiskt utrymme samverkan ges i det praktiska arbetet. För att få en förståelse för orsaken till denna skillnad, är det relevant att belysa hur primärvården och socialtjänsten organisatoriskt hanterar samverkan. Återkommande påtalar flera respondenter från både primärvård och socialtjänst att det saknas såväl interna som gemensamma strukturer och rutiner för när och hur man ska samverka med varandra. Hanteringen av denna samverkan visar att man inte från någon av parterna tycks ha definierat vad detta arbete mer konkret förväntas innebära eller för den delen vad samverkan förväntas tillföra övrig verksamhet. Brunsson (2006) menar att en försvårande del vid förändringsarbete är att man många gånger utgår från att generellt utformade idéer, som i detta fall idén om att samverka, ska passa alla organisationstyper och sammanhang. Vidare menar Brunsson (2006) att man genom att göra detta antagande förbiser att varje enskild organisation agerar och fungerar på ett unikt sätt, givet det sammanhang och den miljö som organisationen befinner sig i (Brunsson 2006). Avsaknaden av strategi för hur samverkan ska hanteras åskådliggör att samverkan som arbetssätt hanteras som en isolerad företeelse i förhållande till övrig verksamhet. Det blir därmed tydligt att man varken internt eller gränsöverskridande mellan primärvård och socialtjänst har rustat tillräckligt för den organisatoriska anpassning som ökad samverkan kräver.

Vad gäller den samverkan som ändå äger rum mellan primärvård och socialtjänst, finns det anledning att reflektera över vilka konsekvenser avsaknaden av strategi och respondenternas okritiska förhållningssätt till samverkan kan få för parternas gemensamma arbete. Konsekvenserna av de beskrivna omständigheterna kan förstås med hjälp av Grapes (2006) teori om verksamhetsdomäner. Grape (2006) menar att det är viktigt att gemensamt definiera alla parter roller i förhållande till de aktivitetsområden och uppgifter, så kallade verksamhetsdomäner, man samverkar inom. Detta för att skapa samsyn och undvika konflikter i samverkan. Utifrån

Grapes (2006) resonemang visar respondenternas beskrivningar att det saknas såväl en tydlig rollfördelning som avgränsning för vilka verksamhetsdomäner man ska samverka inom. Avsaknaden av gemensamma rutiner och strukturer för samverkan kan utifrån detta resonemang leda till att man mellan primärvård och socialtjänst initierar och använder samverkan för olika ändamål och att det därmed skapas olika förväntningar på hur det gemensamma arbetet ska ta form. Detta riskerar att resultera i att man från primärvård och socialtjänst gör olika domänanspråk och att samverkan blir konfliktorienterad. I ljuset av detta resonemang kan avsaknaden av strategi och den tillsynes okritiska hållningen till samverkan utgöra en källa till ökade spänningar, trots att det uttalade syftet med att samverka är det motsatta.

Att det är svårt att skapa god samverkan inom välfärdssektorn visas även i andra studier. Utifrån studier av samverkan mellan just primärvård och socialtjänst menar Hubbard & Themessl-Huber (2005) att det många gånger tar tid att etablera samverkan och att det i flera fall krävs att man gemensamt sätter agendan och strukturen för att god samverkan ska kunna skapas. Även den relationella aspekten av samverkan lyfts återkommande fram som en kritisk punkt. Flera studier visar att stabila och tillitsfulla relationer utgör viktiga ingredienser för att skapa god samverkan mellan organisationer inom välfärdssektorn (se Dunlop & Holosko 2004; Horwath & Morrison 2007; Willumsen & Hallberg 2003).

## SIP som hopp eller lösning

Det behov av mer och bättre samverkan som respondenterna ger uttryck för i föregående avsnitt, påtalas även i de delar av intervjuerna där primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP diskuteras. En övervägande del av respondenterna både från primärvård och socialtjänst uttrycker att det finns ett behov av att öka användningen av SIP i det gemensamma arbetet. En ökad användning av SIP efterfrågas i huvudsak av två anledningar; för att förbättra samordningen av insatser i gemensamma ärenden och för att skapa en mer strukturerad samverkan. På frågan om vilka fördelar det finns med att använda SIP i denna samverkan uttrycker man både från primärvård och socialtjänst att SIP är lämpligt att använda för att utreda vilka åtgärder som behöver vidtas och för att klargöra vilken part eller funktion som ska göra vad i gemensamma ärenden. Respondent 1, respondent 5 och respondent 6 menar att SIP är särskilt lämpligt att använda för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan primärvård och socialtjänst i gemensamma ärenden. Flera respondenter beskriver att SIP också kan användas för att initiera samverkan tidigare i processen runt den hjälpsökande. Om just lämpligheten att använda SIP för att skapa en mer strukturerad samverkan uttrycker sig en socialsekreterare på följande sätt:

*Nä men att få en helhetsbild och att få svar på ganska mycket frågeställningar. Det är en bra grund att börja med, i alla fall i dom här lite mer komplicerade ärendena där det ofta är ganska mycket frågetecken, vad som har gjorts inom vården, vad dom gör. Jag tycker ju att det är ju väldigt bra.*  
(Respondent 7)

Respondent 3 som arbetar som sjuksköterska inom primärvården belyser ett tydligare patientperspektiv och menar att den främsta förtjänsten med att använda SIP är att den tydliga strukturen för SIP bidrar till att skapa en mer uppstyrd kontakt mellan vårdgivare och hjälpsökande. I upprättandet av en SIP ska en inventering av relevanta kontakter göras vilket i många fall möjliggör att fler parter involveras i arbetet runt den hjälpsökande. Respondent 2 menar att användningen av SIP möjliggör så att fler kontakter runt den hjälpsökande kan samlas på samma ställe för att samverka. SIP beskrivs här i flera delar som lösningen på de upplevda svårigheterna med att skapa god samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Mot bakgrund av de i flera delar hoppfulla beskrivningar som här presenteras och med tanke på den komplexitet som enligt respondenterna omger flertalet gemensamma ärenden, torde SIP således fylla en viktig funktion för samverkan mellan primärvård och socialtjänst.

Men trots de positiva tongångar och den upplevda potential som respondenterna ger uttryck för i intervjuerna, tycks det återstå en hel del arbete innan SIP utgör en integrerad och etablerad samverkansform mellan primärvård och socialtjänst. I likhet med respondenternas beskrivningar i föregående avsnitt om vikten av god samverkan, framträder här en tydlig skillnad mellan hur SIP som arbetssätt beskrivs och hur den praktiska användningen ser ut. Den framträdande bilden i samtliga åtta intervjuer är att SIP används i begränsad omfattning mellan primärvård och socialtjänst. En av de respondenter från primärvården som lyfter fram nyttan med att använda SIP för att få till en bättre struktur och överblick i gemensamma ärenden, ställer sig samtidigt frågande till om SIP som idé och arbetssätt kommer att integreras i enlighet med bestämmelserna, eller om SIP snarare är att betrakta som ett försök till kortsiktig lösning på en större utmaning. Med en något kritisk underton uttrycker sig denne respondent på följande sätt:

*Det är ju en trend det här med SIP, vi får se om det etablerar sig i längden och blir ett vanligt verktyg inom samverkan eller om pendeln slår tillbaka och att SIP kommer att försvinna igen och ersätts av andra samverkansformer. Det är inte avgjort i mina ögon.*

(Respondent 2)

Vidare beskriver samma respondent att man på den vårdcentral som han arbetar på till en början när direktiven om att samverka med SIP kom var angelägen om att lära sig hur SIP ska användas. Engagemanget ebade emellertid ut då man upplevde att flera möten inte motsvarade förväntningarna och att det i dessa möten blev tydligt att det krävs mycket förarbete för att så pass stora möten ska fylla önskad funktion. Anmärkningsvärt är att man här liksom i flera andra beskrivningar diskuterar användningen av SIP som en frivillig åtgärd trots de lagkrav som finns. Gällande den begränsade användning som i stor utsträckning framstår som typisk för primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP, ger respondenter från båda parter uttryck för att man i det dagliga arbetet i verksamheterna sällan diskuterar SIP som alternativ att tillgå, inte ens i ärenden där det finns en mer omfattande problembild.

Trots att bestämmelserna om SIP infördes redan år 2010 menar flertalet respondenter från både primärvård och socialtjänst att man i verksamheterna först på senare år har börjat använda SIP. Från primärvårdens sida uttrycker man att den nya samverkanslagen som trädde i kraft år 2018 har haft betydelse för den ökade användningen. Tre av respondenterna från primärvården uppger att samverkan med SIP i de allra flesta fall sker genom tillämpning av denna lag och att användningen då främst omfattar gruppen äldre. Den fjärde respondenten från primärvården menar i kontrast till denna uppfattning att man i den verksamhet han arbetar i främst använder SIP för att samverka i frågor som rör arbetslivsrehabiliterande insatser. Från socialtjänstens sida uppger de intervjuade biståndshandläggarna i överensstämmelse med den utbredda uppfattningen inom primärvården, att den nya samverkanslagen har bidragit till en ökad användning av SIP. De socialsekreterare som arbetar med att utreda och besluta om rätten till försörjningsinsatser menar i överensstämmelse med en av respondenterna från primärvården att de främst initierar och använder SIP i ärenden där arbetsförmåga ska utredas. Att det är just nämnda grupper som i huvudsak omfattas av parternas gemensamma arbete med SIP kan delvis förklaras av respektive verksamheters uppdrag. Samtidigt åskådliggörs det här att flera patient- och klientgrupper helt tycks lämnas utanför arbetet med SIP och att användningen i flera delar separeras från övrig verksamhet. Detta trots att bestämmelserna gör gällande det motsatta; nämligen att en SIP ska initieras i alla ärenden där det finns ett behov att samordna insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst, förutsatt att den hjälpsökande samtycker till det.

Sett till det begränsade utbyte och de sporadiska kontakter som tas mellan primärvård och socialtjänst kan bestämmelserna om SIP betraktas som en både formaliserad och tvingande insats för att försöka förbättra samverkan i gemensamma ärenden. Respondenternas beskrivningar av



den begränsade användningen visar dock att det krävs mer än ett färdigt koncept och lagkrav för att lyckas skapa god samverkan mellan primärvård och socialtjänst. I alla fall när det kommer till att använda SIP. Den begränsade användning som respondenterna ger samstämmigt uttryck för visar att SIP som idé och recept för att skapa mer samverkan och bättre samordning av insatser i flera fall inte motsvarar lagstiftarens intentioner. Trots den begränsade användningen lyfts SIP återkommande i intervjuerna fram som en viktig insats för att hantera samverkansrelaterade utmaningar som exempelvis vid oklarheter i ansvarsfördelning mellan parterna. Och på liknande sätt som i beskrivningarna av den mer övergripande samverkan mellan primärvård och socialtjänst, framträder det här en tydlig skillnad mellan hur man beskriver nyttan av SIP jämfört med hur SIP används i praktiken.

Denna skillnad mellan prat och praktik väcker frågor. Varför framhåller respondenterna så intensivt fördelarna med SIP om SIP nu används i så pass begränsad omfattning? Utifrån respondenternas återkommande beskrivningar av SIP som en ny företeelse i verksamheterna finns det anledning att betrakta SIP som ett nytt arbetssätt, en pågående förändring. Brunsson (2006) menar att hoppet om att förändringar per definition bidrar till utveckling utgör en viktig komponent i den västerländska organisationskulturen. Givet denna uppfattning legitimeras förändringar genom att likställas med förbättringar. Vidare menar Brunsson (2006) att man inom organisationer återkommande använder vissa strategier för att försöka hålla kvar vid hoppet om nyttan med förändringar, trots att man många gånger motbevisas om dess effektivitet. Ett exempel på en sådan strategi är att försöka att separera en förändring från den praktiska verksamheten för att undvika att behöva konfronteras med konsekvenserna (Brunsson 2006). En annan vanlig strategi är att försöka begränsa spridningen av en förändring till att bara påverka vissa delar av en organisations verksamhet, delar i verksamheten där inte tilltron till förändringen hotas (Brunsson 2006).

Utifrån respondenternas beskrivningar framkommer det att man upprepade gånger använder sig av dessa två strategier i försök att hålla kvar vid hoppet om SIP som lösning för att lyckas skapa bättre samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Separeringen av SIP från det praktiska arbetet är att betrakta som genomgående. Respondenternas beskrivningar visar att man i flera delar och inom både primärvård och socialtjänst väljer bort att använda SIP, i vissa fall även i ärenden där många parter är involverade och där det finns ett tydligt samordningsbehov av insatser. Och det faktum att man bara använder SIP för vissa grupper och inom avgränsade delar av verksamheterna visar att man med omsorg väljer för vilka grupper och inom vilka

verksamhetsdomäner SIP ska användas. Detta för att inte riskera att utmana bilden av SIP som ett redskap för bättre samverkan. På liknande sätt som samverkan i föregående avsnitt beskrivs som lösning på flera gränsöverskridande utmaningar, beskrivs här SIP som lösning för att skapa bättre samverkan. Bakom respondenternas hoppfulla beskrivningar av SIP visar det sig dock att SIP i praktiken snarare utgör en vision för hur man ska arbeta än en praktiskt förankrad lösning för bättre samverkan på individnivå.

Att SIP används i så pass begränsad omfattning mellan primärvård och socialtjänst är intressant att också belysa i relation till tidigare forskning. I överensstämmelse med respondenternas beskrivningar visar även andra studier att SIP återkommande används i begränsad omfattning. Den låga användningen tycks inte enbart gälla för samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Även om primärvård ofta lämnas utanför detta arbete har liknande mönster också kunnat identifieras inom andra verksamhetsområden, som psykiatri, missbruksvård och ungdomsvård (se Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Statens institutionsstyrelse 2014). Noterbart är att den låga användningen även i dessa fall sker trots en positiv inställning till SIP som insatsform (se Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Statens institutionsstyrelse 2014). Det kan alltså konstateras att det inom flera områden tycks vara svårt att etablera SIP som samverkansform. Men vilka bakomliggande processer kan förklara primärvårdens och socialtjänstens begränsade samverkan med SIP? Med stöd i Brunssons (2006) teori om hoppets mekanismer går det som sagt att i denna studie visa att man mellan primärvård och socialtjänst samverkar mycket selektivt med SIP för att undvika att utmana bilden av SIP som lösning på den svåra samverkansfrågan. Att förhålla sig undvikande till SIP åskådliggör samtidigt att det finns hinder som omger den praktiska hanteringen av denna samverkan. Med utgångspunkt i respondenternas beskrivningar kan fyra olika omständigheter i denna samverkan lyftas fram som särskilt betydelsefulla för den praktiska hanteringen av SIP. Utifrån dessa omständigheter kan ett flertal olika hinder identifieras. Det går även att utifrån dessa omständigheter lyfta fram vissa möjligheter som främjar primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP. I nästföljande avsnitt presenteras och analyseras dessa fyra omständigheter.

## Viktiga omständigheter att ta hänsyn till i samverkan med SIP

Genom respondenternas beskrivningar går det som sagt att identifiera fyra olika omständigheter i denna samverkan som särskilt viktiga att ta hänsyn till i den praktiska hanteringen av SIP. Utifrån dessa omständigheter kan framförallt flera hinder men också vissa möjligheter lyftas fram. Aktuella omständigheter belyser både betydelsen av rätt resurser och vikten av samsyn i

hur SIP ska användas. Under följande rubriker presenteras och analyseras dessa fyra omständigheter närmare: *En resurskrävande samverkansform, Bristande kunskaper om SIP, Det tvingande inslagets funktion* samt *En samverkan utifrån olika perspektiv och logiker*.

### En resurskrävande samverkansform

Flera av de hinder som omger primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP kan härledas till upplevelsen av SIP som en tidsmässigt och administrativt resurskrävande samverkansform. Gången för upprättandet av en SIP omfattar inte bara själva mötet, utöver mötet ska kallelser göras, dokumentation föras och sedan ska planen också följas upp. Respondent 7 som arbetar inom socialtjänsten framhåller planeringen och förarbetet med kallelser som en särskilt tidskrävande och omständlig del av detta arbete. Från primärvårdens sida lyfts formen för mötet återkommande fram som en hindrande omständighet. Som exempel på detta uttrycker sig en respondent från primärvården på följande sätt:

*Det är ju resurskrävande, får man verkligen säga. Det är ett stort problem att få till en SIP för praktiska skäl. Man måste hitta en tid, man måste avsätta flera timmar oftast.*

(Respondent 2)

En annan aspekt av SIP som tidsmässigt resurskrävande är att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, detta innebär att man omgående behöver prioritera och agera i ärendet. Flera respondenter från både primärvård och socialtjänst menar att det saknas rutiner för hur man förväntas initiera SIP. Avsaknaden av upparbetade rutiner för hur användningen av SIP ska hanteras beskrivs i flera fall som ett hinder. En respondent från socialtjänsten uttrycker detta på följande sätt:

*Det här med tider, ibland är det ju svårt när man kallar till SIP, man kanske inte förpratad så att man har en gemensam bild, utan att man får en kallelse till en tid och då kan det vara svårt för olika parter att ställa in sig. Så skulle man kunna hitta någon form av bra system för det.*

(Respondent 5)

Vad gäller just upparbetade rutiner och system för samverkan med SIP, lyfts också avsaknaden av kompatibla dokumentationssystem fram som ett återkommande hinder. Flera respondenter från både primärvård och socialtjänst beskriver samverkan med SIP som administrativt betungande. Som svar på hur arbetet med SIP skulle kunna förbättras i samverkan mellan primärvård och socialtjänst, menar respondent 1 att en tillsynes enkel åtgärd som att lägga in mallen för SIP i primärvårdens dokumentationssystem skulle underlätta användningen. Som det ser ut idag

behöver man först öppna upp en kompletterande journal och sedan skanna in planen, förklarar samma respondent. Respondent 1 uttrycker också att mallen upplevs som trubbig och att det saknas plats för att dokumentera den planering och de insatser man beslutar om. Denna kritiska beskrivning tycks spegla hur man på den aktuella vårdcentralen ser på just den praktiska hanteringen av SIP. I samband med att den nya samverkanslagen trädde i kraft gick man tillsammans igenom dokumentationsmallen för SIP, något som mötte på motstånd i arbetsgruppen:

*Alltså det var ju inte direkt ett hurrarop på APT [arbetsplatsträff] när vi gick igenom det här om man säger så. Det sågs ju som en tyngre administrativ börda egentligen bara.*

(Respondent 1)

En annan respondent från primärvården uttrycker att den omfattande administration som omger arbetet med SIP i vissa fall gör att man väljer att helt avstå från att initiera och upprätta en plan:

*Ibland har jag svårt att se den formaliserade processen som en fördel, att man precis har den här mallen, och att vi ska ha en viss formell ram för att det ska kunna kallas för SIP, då har det hänt ibland att man inte vill kalla det för en SIP, för en SIP är jobbigt, för där måste man fylla i en massa saker, då vill man kalla det för ett vanligt möte.*

(Respondent 2)

Från socialtjänstens sida delar flera respondenter denna uppfattning. En socialsekreterare lyfter också fram vikten av ett kontinuerligt arbete för att främja en ökad användning av SIP:

*Jag skulle inte säga att det är smidigt, för det är ju ganska omständligt att fylla i alla uppgifter och få på alla uppgifter och följa upp och så, men lite handlar det nog om rutin också, tror jag, att få in det som en vana. Bli van vid dokumenten och hela proceduren. Men lite omständligt tycker jag nog att det är.*

(Respondent 8)

Primärvårdens och socialtjänstens resurser och organisering tycks inte bara ha betydelse för huruvida SIP används eller inte. Resurserna och organiseringen spelar också roll för när och hur man använder SIP i denna samverkan. Av respondenternas beskrivningar framgår det att man upprepade gånger väljer att förenkla användningen av SIP genom att prioritera bort vissa moment eller bara tillämpa valda delar av bestämmelserna. Som exempel på hur den förenklade användningen tar sig uttryck förklarar en respondent från primärvården att man många gånger gör, som hon själv beskriver det, en halvlösning och prioriterar bort att upprätta en skriftlig plan. Ett liknande mönster framträder i de beskrivningar som flera respondenter från social-

tjänsten ger. Som exempel, menar både respondent 5 och respondent 6 att det även inom socialtjänsten händer att man väljer bort att upprätta en skriftlig plan. En tredje respondent från socialtjänsten har liknande erfarenheter och reflekterar på samma gång över nackdelarna med att inte följa riktlinjerna fullt ut:

*Första gången jag var med på en SIP så förhöll vi oss ju inte alls till dom här mallarna, utan då skulle jag skriva ihop någon form av sammanfattning av hela det där, så det blev ju helt fel.*

(Respondent 7)

Dessa beskrivningar visar att man upprepade gånger från både primärvård och socialtjänst väljer att avstå från att upprätta fysiska planer. Formen för hur och när planen upprättas tenderar också att variera trots att man på regional nivå enligt flera respondenter rekommenderar att planen ska upprättas i fysiska möten. Precis som med parternas samverkan i stort visar detta att man många gånger nöjer sig med att samordna insatserna i det gemensamma dokumentationssystemet. Med en något sarkastisk underton beskriver en respondent från primärvården på följande sätt distansen mellan ledning och golv i denna fråga:

*Framförallt kanske vi inte sitter ner på det sättet som Regionen så fint beskriver i sin video att man ska göra med patienterna.*

(Respondent 1)

Även inom socialtjänsten prioriterar man i flera fall bort det fysiska mötet. Respondent 5 menar att man istället för att sitta ner tillsammans med den hjälpsökande och dennes primärvårdskontakt ibland upprättar och administrerar planen i det gemensamma dokumentationssystemet. Respondent 2 som arbetar inom primärvården är inne på samma spår och förklarar att det finns möjligheter att göra kompromisser genom att man kan använda Skype istället för att hålla fysiska möten. Det fysiska mötet är dock alltid att föredra, menar han.

Att införa en ny idé eller ett nytt arbetssätt prövar en organisations möjlighet till förändring. Røvik menar (2000) att det sker som ett kompatibilitetstest då en organisation ska omfamna och etablera nya idéer i verksamheten. Att man mellan primärvård och socialtjänst upprepade gånger väljer bort att samverka med SIP med hänvisning till den arbetsbörda det medför kan utifrån Røviks (2000) resonemang om kompatibilitetstest betraktas som ett uttryck för att formerna för SIP inte upplevs vara tillräckligt kompatibla med organisationernas övriga verksamhet. Avsaknaden av kompatibla strukturer utgör mot bakgrund av respondenternas beskrivningar ett hinder för att etablera SIP som samverkansform i arbetet mellan primärvård och socialtjänst. Upplevelsen av SIP som tidsmässigt och administrativt betungande i förhållande till

övrig verksamhet medför att man upprepade gånger undviker att använda SIP eller förenklar den praktiska hanteringen. Med hjälp av Røviks (2000) översättningsteori kan de förenklingar som görs då man avstår från att upprätta en plan eller hålla fysiska möten förstås som uttryck för delvisa imitationer av de riktlinjer som finns för hur SIP ska användas. Med delvisa imitationer menas att man väljer att översätta och använda bara vissa delar av en idé, i detta fall bestämmelserna om SIP (se Røvik 2000).

Dessa delvisa imitationer kan med utgångspunkt i Grapes (2006) teori om verksamhetsdomäner förstås ha en negativ påverkan på primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP. Utifrån Grapes (2006) resonemang om vikten av en tydlig rollfördelning och avgränsning i förhållande till de verksamhetsdomäner man samverkar inom, kan dessa delvisa imitationer riskera att leda till en konfliktorienterad samverkan då man tillsynes godtyckligt laborerar med formerna för SIP. I förlängningen riskerar dessa delvisa imitationer också att påverka de hjälpsökandes rätt till en upprättad plan, då man återkommande frångår de föreskrivna krav som finns och istället utformar egna varianter av SIP. Att prioritera bort moment som att upprätta en fysisk plan eller att hålla ett fysiskt möte kan också komma att påverka de hjälpsökandes möjligheter till delaktighet och inflytande i den egna planeringen. Detta då man väljer bort delar i processen där den hjälpsökande ska ges möjlighet till påverkan på planens utformning.

Att organisatoriska resurser spelar en viktig roll för att skapa god samverkan inom välfärdssektorn finns sedan tidigare väl dokumenterat i forskning (se t.ex. Huxham & Vangen 1996; Williams & Hallberg 2003). Detta gäller även i tidigare forskning om just samverkan med SIP. I överensstämmelse med uppfattningen om SIP som en tidskrävande samverkansform, lyfts just tidsaspekten fram som en kritisk punkt även i andra studier (jfr Källmén, Hed & Elgán 2017; Nordström 2016). Källmén, Hed och Elgán (2017) lyfter fram brist på tid som ett vanligt förekommande hinder i användningen av SIP. Nordström (2016) belyser ett annat perspektiv av tidsaspektens betydelse och menar att organisationers olika tidsramar för exempelvis utredningar försvårar arbetet med SIP. I förhållande till de beskrivningar som respondenterna från primärvård och socialtjänst ger i föreliggande studie är det också värt att uppmärksamma att man även i andra studier pekar de administrativa resursernas betydelse för användningen av SIP (se Källmén, Hed & Elgán 2017; Nordström 2016; Winqvist 2016)

Även om resultaten utifrån denna omständighet till stor del överensstämmer med tidigare studier om SIP, finns det ändå här nya fynd värda att lyfta fram. Beskrivningarna av hur man upprepade gånger förenklar användningen av SIP genom att prioritera bort vissa moment, som

att undvika att upprätta en fysisk plan eller avstå från att hålla fysiskt möten, får anses vara nya resultat i sammanhanget. Resultat som visar på att man till och med på medarbetarnivå inom både primärvård och socialtjänst anpassar och översätter innehållet i bestämmelserna genom att bara delvis följa dem i det praktiska arbetet. Detta visar att de lokala anpassningar som görs inte bara har betydelse för huruvida SIP används eller inte, utan att innehållet och gången för SIP-processer också påverkas av vilka organisatoriska förutsättningar som råder inom primärvård och socialtjänst.

## Bristande kunskaper om SIP

Behovet av mer och bättre resurser kan också härledas till de kunskaper om SIP, eller snarare bristande kunskaper om SIP, som respondenterna ger uttryck för. Av intervjuerna framgår det att flera respondenter från både primärvård och socialtjänst saknar grundläggande kunskaper om SIP. Särskilt tydligt framträder dessa kunskapsbrister i de delar av intervjuerna där den praktiska hanteringen av SIP diskuteras. Som exempel på bristande kunskap ger respondent 4, respondent 5 och respondent 6 uttryck för att man upplever en osäkerhet kring när en SIP ska initieras och användas. Noterbart är också att respondenter från båda parter likställer användningen av SIP med tillämpningen av den nya samverkanslagen. Det vill säga att man uppfattar att SIP bara ska användas vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Att likställa SIP med den samverkan som sker vid utskrivningar från sluten hälso- och sjukvård visar på bristande kunskaper om viktiga delar av innehållet i bestämmelserna; nämligen att en SIP ska initieras i alla ärenden där det finns behov av att samordna insatser mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, förutsatt att den hjälpsökande samtycker till det.

Förklaringar till de bristande kunskaperna kan hittas i de berörda organisationernas interna arbete. Trots att bestämmelserna om SIP infördes redan år 2010, uppger flertalet respondenter från både primärvård och socialtjänst att utbildningsinsatser först har börjat genomföras under det senaste året, i samband med att den nya samverkanslagen trädde i kraft. En del medarbetare verkar fortfarande vänta på att få utbildning i SIP, däribland respondent 6 som menar att hon i frånvaron av utbildning har blivit hänvisad till socialtjänstens intranät för att ta reda på hur hon ska använda SIP. De utbildningsinsatser som har genomförts har i flera fall genomförts centralt av kommunerna eller landstinget. Utbildningsinsatserna tycks ha varierat, sett till både innehåll och kvalitet. Respondent 1 menar att den utbildning som genomfördes i deras verksamhet mest kom att handla om den administrativa hanteringen av SIP. En annan respondent, också från

primärvården, menar att den utbildning som gavs i deras verksamhet även inkluderade socialtjänsten. Denna utbildning ska dock ha hållit uppseendeväckande låg kvalitet och resulterat i konflikter mellan deltagarna:

*Jag tror faktiskt att vi hade haft behov av att ha en utbildning tillsammans och även prata tillsammans hur vi ska jobba. Våra utbildningar var riktigt dåliga, ibland gick det inte. Folk tjafsade med varandra.*

(Respondent 4)

I kontrast till respondent 6, menar respondent 5 som också arbetar inom socialtjänsten, att hon i egenskap av samverkansansvarig i verksamheten har erbjudits utbildning i SIP. Hennes erfarenheter av denna utbildning är goda så till vida att hon upplever att den medförde ökad kunskap om primärvårdens uppdrag. Samtidigt påtalar hon att det saknas kontinuitet i utbildningarna om SIP och att det fortfarande inom socialtjänsten finns en utbredd okunskap om SIP varför fler och mer frekventa utbildningsinsatser efterfrågas.

Ett sätt att bibehålla kontinuitet i arbetet med SIP är att erbjuda bra användarstöd och att se till att det finns resurser med särskild SIP-kompetens att tillgå i verksamheterna. Respondent 7 och respondent 8 menar båda att en främjande del för användningen av SIP har varit just detta, att det har funnits medarbetare med särskild SIP-kompetens inom organisationen som har kunnat stödja arbetet, både för kunskapsspridning och för konsultation i enskilda ärenden. Om just detta uttrycker sig en av respondenterna på följande sätt:

*Tidigare hade vi en annan person som var lite expert på det här med SIP som vi kunde rådfråga och så.*

(Respondent 8)

Precis som med avsaknaden av administrativa och tidsmässiga resurser visar respondenternas beskrivningar att bristande kunskaper också utgör ett återkommande hinder för primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP. De utbildningsinsatser som har genomförts inom primärvård och socialtjänst kan visserligen tolkas som främjande för användningen så till vida att de förmodligen har bidragit till att öka medvetenheten om SIP. Samtidigt åskådliggör respondenternas beskrivningar att man på ledningsnivå i organisationerna tycks hantera kunskapsspridningen på olika sätt. I vissa verksamheter har man genomfört utbildningsinsatser tillsammans med samverkande parter, i andra har interna utbildningar genomförts med tydligare fokus på de administrativa aspekterna av detta arbete. Exempel finns här också på verksamheter där medarbetare inte har erbjudits någon utbildning i hur SIP ska användas.



Med hjälp av Røviks (2000) översättningsteori kan skillnaderna i hur man hanterar kunskapsspridningen på förstås riskera att leda till att man tolkar och använder SIP på olika sätt. Enligt Røvik (2000) kan det vid införande av nya idéer i en organisation ske som översättningskedjor, där man från ledning till golv gör gradvisa anpassningar av idén för att den ska passa organisationen på bästa möjliga sätt. Skillnaderna i hur man organiserar kunskapsspridningen inom och mellan primärvård och socialtjänst kan betraktas som ett uttryck för att det från ledning till golv har gjorts gradvisa översättningar av bestämmelserna. Som det redogörs för ovan, har man i vissa verksamheter kommit att lägga stor vikt vid den administrativa hanteringen av SIP, i andra delar har utbildningarna mer varit koncentrerade till det gränsöverskridande arbete som samverkan med SIP innebär. På liknande sätt som de lokala skillnaderna i fråga om tidsmässiga och administrativa resurser, kan också skillnader i kunskap och kompetens resultera i att man utformar lokala varianter av SIP.

Även konsekvenserna av dessa översättningar kan förstås med hjälp av Grape (2006) och det resonemang han för om verksamhetsdomäner och domänanspråk. Låt oss här återgå till det ovan beskrivna exemplet som visar att man i vissa verksamheter tydligare betonar de administrativa delarna, medan man i andra mer fokuserar på dynamiken i det gränsöverskridande mötet mellan primärvård och socialtjänst. Detta visar på tydliga skillnader i hur man förhåller sig till SIP som insats för samverkan i gemensamma ärenden. I den praktiska hanteringen kan beskrivna skillnader komma att påverka hur man prioriterar och resonerar kring betydelsen av att exempelvis hålla fysiska möten. Eller om man för den delen gott nöjer sig med att hantera SIP som just en administrativ åtgärd. Frånvaron av samsyn i förhållande till parternas kunskaper och kompetenser kan mot bakgrund av detta resonemang ligga till grund för att man mellan primärvård och socialtjänst avser använda SIP på olika sätt, vilket riskerar att skapa en konfliktorienterad samverkan.

På liknande sätt som med bristen på tidsmässiga och administrativa resurser, lyfts i flera studier även de yrkesverksammas bristande kunskaper om SIP fram som ett hinder för denna form av samverkan (se Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Nordström 2016; Statens institutionsstyrelse 2014). Mot bakgrund av de ovan beskrivna skillnaderna i hur kunskapsspridningen hanteras inom och mellan primärvård och socialtjänst, är det särskilt relevant att här dröja vid Nordströms (2016) resultat. Nordström (2016) pekar på vikten av att de samverkande parterna genomför gemensamma utbildningsinsatser för att skapa bättre samsyn i hur

SIP ska användas. Även studier av annan typ av samverkan inom välfärdssektorn visar att konsensus i tolkningen av samverkansuppdrag har stor betydelse för hur väl man lyckas med det gemensamma arbetet (se t.ex. Hudson et al. 1999).

## Det tvingande inslagets funktion

I de två föregående delavsnitten åskådliggörs det hur formerna för SIP upplevs svårhanterliga i förhållande till övrig verksamhet. Under denna rubrik nyanseras bilden av SIP något, här beskrivs det hur formerna för SIP både kan möjliggöra och försvåra samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Denna del handlar i huvudsak om det tvingande inslaget i bestämmelserna om SIP. Respondenter från både primärvård och socialtjänst lyfter i intervjuerna återkommande fram det tvingande inslaget i bestämmelserna som utmärkande för användningen av SIP. Aktuella bestämmelser innebär att hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett likalydande samordningsansvar av insatser i gemensamma ärenden samt att båda parter har långtgående skyldigheter att delta i planering och upprättande av SIP (Prop. 2008/09:193). Denna omständighet ger SIP en juridisk särställning i förhållande till annan samverkan som diskuteras i intervjuerna.

Av respondenternas beskrivningar framgår det att det tvingande inslaget kan fylla flera funktioner. Ett flertal respondenter från båda parter uppger att SIP inte sällan initieras för att försöka etablera kontakt med den andra parten eller för att få gehör för frågor som tangerar den andra partens uppdrag. Respondent 4 och respondent 5 som företräder primärvård respektive socialtjänst exemplifierar detta genom att beskriva hur man i flera fall initierar SIP i första hand för att tvinga den andra parten till möten. Med hänvisning till det tvingande inslaget beskrivs det hur parterna upprepade gånger använder SIP för att skapa samverkan då man inte når fram i andra samverkansförsök. En socialsekreterare uttrycker sig på följande sätt om detta:

*Det kan ju också vara så kanske att det är svårt att få till ett samarbete med vården och då kan ju just det, eftersom det är lagstadgat och så, det här kring SIP, att det kan bli en lite större markering för vården att dom faktiskt måste skicka någon på det här.*

(Respondent 8)

Samma respondent fortsätter:

*Ibland kan det vara om man behöver samverka kring en person, ja, dom har inte tid och så, men om man bjuder till en SIP så har man faktiskt skyldighet att skicka någon.*

(Respondent 8)

I en del samverkansprocesser verkar inte användningen av SIP stanna vid att försöka slå vakt om egna intressen, i vissa fall initieras också SIP för att försöka påverka den andra partens beslutsfattande. En respondent från socialtjänsten beskriver detta på följande sätt:

*Vi blir kallade där det egentligen inte handlar om samordning, man blir kallad för att utreda någonting, man tycker att personen behöver en viss insats. Och då är det ju inte en SIP, utan då är det ju en anmälan om ett annat behov, att personen kanske vill ansöka om någonting annat. Men det handlar inte om samordning.*

(Respondent 5)

Det tvingande inslaget i bestämmelserna kan som det beskrivs ovan betraktas både främja och hindra samverkan med SIP. Främja i det hänseendet att man i flera fall genom att initiera SIP lyckas etablera kontakt och få den andra parten att delta i möten. Hindra i det hänseendet att man som respondent 5 uttrycker det, upplever att det egentligen inte är samverkan eller samordning det handlar om utan att SIP snarare blir ett redskap för att försöka göra sin röst hörd och beställa insatser av den andra parten. Det sistnämnda, att försöka beställa insatser, riskerar att resultera i att syftet med SIP går förlorat och att bilden av SIP som en insats för att skapa bättre samverkan, utmanas. Att det tvingande inslaget i bestämmelserna återkommande används för att försöka beställa insatser av andra parter har även visats i tidigare forskning (se Nordström 2016).

Beskrivningarna av hur primärvård och socialtjänst i flera fall initierar och använder SIP för att etablera kontakt med varandra, visar att anpassningar av bestämmelserna inte bara görs i förhållande till resurser och kunskaper. Även denna typ av anpassning kan utifrån Røviks (2000) översättningsteori tolkas som ett resultat av en delvis imitation av bestämmelserna. Till skillnad från de delvisa imitationer som görs på grund av bristande resurser, visar denna typ av översättning att man genom rationellt beslutsfattande plockar russin ur SIP-kakan och initierar processer för att försöka påtvinga kontakt. Istället för att använda SIP som ett redskap för bättre samordning av insatser, blir användningen av SIP här ett sätt för att försöka nå fram och etablera kontakt med den andra parten. Att SIP används på detta sätt visar inte bara att det ursprungliga syftet med SIP förbises, detta förstärker också bilden av att det saknas samsyn mellan primärvård och socialtjänst i hur SIP ska användas.

Utifrån respondenternas beskrivningar av hur SIP används för att påtvinga kontakt och samverkan, finns det anledning att vidare reflektera kring hur det tvingande inslaget också kan komma att påverka de hjälpsökandes delaktighet i upprättandet av den individuella planen. Grape

(2006) beskriver att varje samverkansprocess sker på ett eller flera organisatoriska fält. Ett organisatoriskt fält kan förstås som den arena eller det sammanhang man samverkar i. Arbetslivsrehabilitering eller missbruksvård är exempel på organisatoriska fält som beträds i socialt arbete (Grape 2006). För att återgå till syftet med SIP, ska valet av vilka organisatoriska fält som beträds i samverkan styras av den hjälpsökandes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Att man upprepade gånger frångår det ursprungliga syftet för att istället använda SIP som redskap för att få kontakt eller beställa insatser, visar att det inte är den hjälpsökandes perspektiv som sätts i första hand. Snarare är det så att den hjälpsökande tas som gisslan i parternas olika försök att nå fram till varandra på de organisatoriska fält som tangerar bådas uppdrag.

Att det tvingande inslaget i SIP används på ovan beskrivna sätt visar också att det saknas tillit och förtroende i relationen mellan primärvård och socialtjänst, då man återkommande upplever sig tvungen att använda SIP för att försöka att etablera kontakt. Av tidigare forskning både inom välfärdssektorn i stort och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, framgår det att goda relationer mellan de samverkande parterna många gånger spelar en viktig roll för att lyckas skapa god samverkan (Cameron et al. 2014; Danermark & Kullberg 1999; Dunlop & Holosko 2004; Horwath & Morrison 2007). Sett till forskning om SIP, pekar Nordström (2016) på hur ifrågasättande och klander mellan de samverkande parterna kan försvåra möjligheterna att skapa god samverkan med SIP.

### En samverkan utifrån olika perspektiv och logiker

Den beskrivning i föregående delavsnitt som visar hur socialtjänsten bjuds in till SIP-möten för att bevilja insatser är på flera sätt typisk för den studerade samverkan. Återkommande i intervjuerna framträder bilden av en samverkan med SIP formad av skilda perspektiv och olika logiker, där den egna organisationens intressen återkommande prioriteras framför att inta ett gemensamt helhetsperspektiv runt den hjälpsökande och dennes behov. Skillnaderna mellan primärvård och socialtjänst visar sig dels i den behovsbedömning som görs i samband med uppdraget av SIP, dels i vilka roller respektive part intar i samverkan runt den hjälpsökande. Utifrån respondenternas beskrivningar är det tydligt att det är primärvårdens uppdrag och det medicinska perspektivet som återkommande ges mest utrymme i SIP-processerna. Flera respondenter från socialtjänsten förklarar att man i de delar som rör bedömning av behov upplever att socialtjänstperspektivet ges mindre utrymme. Särskilt tydligt blir detta i kontakten med läkare, menar flera av respondenterna från socialtjänsten. På följande sätt beskriver en socialsekreterare läkarnas och det medicinska perspektivets roll i SIP-processer:

*Men som läkare kanske man inte är så intresserad att höra vår bakgrund, det vi vet om klienten, klienten är ju med där också, men det blir mycket att man gör den här medicinska bedömningen, sen är det inte mycket mer än så.*

(Respondent 7)

Vad gäller parternas olika perspektiv och bedömningar förklarar respondent 5 att socialtjänstuppdraget formellt sett innebär att de ska beakta och utreda den hjälpsökandes behov av omvårdnad, trygghet och tillsyn. Trots detta försöker primärvården upprepade gånger ändå påverka socialtjänsten att fatta beslut med stöd i medicinska bedömningar, menar samma respondent. Uppfattningen om det medicinska perspektivets framskjutna position i SIP-processen delas också av flera respondenter från primärvården. Noterbart är hur man från primärvårdens sida, av flera respondenter, framhåller det egna uppdraget och det medicinska perspektivet som mer betydelsefullt än socialtjänstuppdraget i planeringen runt den hjälpsökande. Om parternas olika roller i bedömningen av behov uttrycker sig en respondent från primärvården på följande sätt:

*Vården gör bedömningen och biståndsbedömaren lyssnar och jag tycker att dom lyssnar på vad vi säger.*

(Respondent 3)

Trots det likalydande samordningsansvaret framstår här socialtjänsten mer som en kompletterande aktör till primärvården. En annan respondent från primärvården beskriver på följande sätt vikten av att socialtjänsten respekterar den medicinska bedömning som görs:

*Jag upplever i sådana här sammanhang, att det är viktigt att dom är mer öppna och lyssnar på oss. Jag tycker att det är viktigt att dom lyssnar i vilket fall som helst.*

(Respondent 4)

Den bild som här ges av en ojämlig samverkan där primärvårdens perspektiv och uppdrag ges mer utrymme i utredning och bedömning av behov, svarar väl mot tidigare samverkansforskning. Ett återkommande mönster i andra studier om samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är att hälso- och sjukvården ofta intar expertrollen i samverkan och att deras bedömningar därmed får mer inflytande i det gemensamma arbetet (se Blomqvist 2012, Dunér & Wolmesjö 2015; Glaser & Suter 2016; Hudson 2002). Detta mönster har även visat sig framträda i mötet mellan primärvård och socialtjänst (Ashcroft et al. 2018; Sunesson 1991).

Från primärvårdens sida uttrycker man också att det egna uppdraget och det medicinska perspektivet i flera fall kolliderar med socialtjänstens problembeskrivningar varför det upplevs svårt att fullt ut förena dessa perspektiv. Som exempel på hur detta tar sig uttryck beskriver

respondent 2 hur man i primärvården använder den medicinska kunskapen som kompass, medan man upplever att socialtjänsten tydligare vill integrera och involvera den hjälpsökande i både behovsbedömning och planering av insatser. En respondent från socialtjänsten beskriver hur denna kollision också bidrar till att försvaga socialtjänstens roll i samverkan:

*Det är vissa gånger man har fått till sig att ansvarig läkare har bedömt att personen har behövt ett korttidsboende, och då blir det som en hierarki i det, att läkaren kan bestämma det, men då känner jag: Varför finns jag då om läkaren kan bedöma att personen behöver ett korttidsboende? Det är oftast då man känner så här att till sin profession, att om andra ska säga till mig vad jag ska göra, då behövs ju inte jag. Men ändå förväntas jag göra allting. Så det blir liksom dubbelt i det.*

(Respondent 6)

Noterbart är också att det utifrån denna beskrivning blir tydligt att det finns en förväntan på socialtjänsten att genomföra insatser utifrån primärvårdens bedömningar. Gällande parternas roller i SIP-processen följer de till stora delar samma mönster som beskrivs ovan vad gäller bedömningar. Att här tala om en över- och underordning är kanske att ta i, men det visar sig även i denna del att primärvårdens roll tydligare avgränsas till det professionella uppdraget och medicinska bedömningar, medan socialtjänsten förväntas vara sammankallande för möten och koordinera de olika kontakterna. Respondent 6 beskriver att spindeln i nätet-funktionen innebär att man också förväntas ha god kännedom om primärvårdens uppdrag och de hälso- och sjukvårdsinsatser som finns att tillgå där. Som exempel på hur detta kan sig uttryck menar samma respondent att det i vissa fall till och med uttryckligen kan handla om att man förväntas ha goda kunskaper i frågor som rör medicinhantering och hjälpmedel, ansvarsområden som ligger inom primärvårdens uppdrag.

Parternas roller i SIP-samverkan lyfts återkommande fram som ett utvecklingsområde i intervjuerna. En respondent från socialtjänsten menar att man numera som en konsekvens av de konflikter som har uppstått genom samverkan med SIP regelbundet träffar primärvården i mindre konstellationer för att utbyta erfarenheter. Från primärvårdens sida betonar man också vikten av en bättre och mer tydlig rollfördelning för att kunna möta de behov som finns runt de hjälpsökande och för att minimera risken för att utgången av samverkan styrs av vilka personer som representerar de olika funktionerna. Om vikten av en tydlig rollfördelning uttrycker sig en respondent från primärvården på följande sätt:

*Så länge vi inte förstår våra roller och vi verkligen tar dom rollerna, för det är... har vi bara det här för en se bra ut-grej, då har det fallerat totalt, då*

*kommer inte det här att leda någonstans. Utan det kommer att fortsätta bli beroende på vem du har, vem är din kontakt ungefär, har du rätt biståndshandläggare, rätt sjuksköterska på plats, rätt läkare på plats då kommer det att bli rätt.*

(Respondent 4)

Även den ojämlika relationen sett till rollfördelningen mellan primärvård och socialtjänst har uppmärksammats i tidigare forskning. På samma sätt som med inflytande i bedömningar visar ett flertal tidigare studier att hälso- och sjukvårdens roll i samverkan många gånger är tydligare avgränsad till den professionella kunskapen, medan socialtjänstens roll upplevs som både mer spretig och svag då det medicinska perspektivet återkommande etableras som utgångspunkt i utredning och bedömning av behov (jfr Ambrose-Miller & Ashcroft 2016; Dunér & Wolmesjö 2015). Sett till parternas roller och deras tillsynes bristande kunskaper om varandras uppdrag, är det relevant att också uppmärksamma att man i studier om just samverkan med SIP har identifierat kunskap och förståelse för varandras uppdrag som viktiga delar för att skapa en god samverkan (se Widmark 2015).

I detta delavsnitt åskådliggörs de utmaningar som följer med att försöka förena olika perspektiv och logiker i samverkan med SIP. Grape (2006) menar att parternas uppdrag tar sin utgångspunkt i olika logiker. Primärvårdens arbete vilar på en medicinsk professionell logik, socialtjänstens på en socialrättslig logik. Logikerna formas av de materiella, kulturella och symboliska värden som uppdragen bygger på (Grape 2006). Mer konkret innebär det att man mellan primärvård och socialtjänst gör olika antaganden i de frågor man samverkar om. Utmaningen ligger i att försöka lyckas förena dessa antaganden och tillsammans komma överens om vem som ska göra vad och hur, för att god samverkan ska kunna skapas. I tidigare delavsnitt har det med hjälp av Røviks (2000) översättningsteori gått att visa hur man både från primärvård och socialtjänst anpassar valda delar av SIP till den egna organisationens resurser och intressen. Utifrån denna aspekt av parternas samverkan med SIP visas en annan typ av anpassning, då man från primärvården i flera fall försöker att forma det gemensamma arbetet med SIP utifrån den egna organisationens intressen och behov, istället för att se till det gemensamma samordningsansvaret. Med hjälp av Grapes (2006) begreppsapparat kan primärvårdens återkommande försök att beställa insatser av socialtjänsten därmed tolkas som uttryck för att denna samverkan omges av en hög grad av domänkonflikt. Även den otydliga rollfördelningen där socialtjänsten återkommande förväntas agera hjälpprofession åskådliggör detta och visar att det också utifrån denna omständighet saknas konsensus om hur samverkan med SIP ska hanteras.

# Avslutande diskussion

Syftet med denna studie har varit att analysera hur man mellan primärvård och socialtjänst samverkar med samordnade individuella planer, SIP. Studien har genomförts med semistrukturerade intervjuer som insamlingsmetod. Inledningsvis i denna avslutande del finns det anledning att återknyta till ett påstående från uppsatsens första kapitel: Alla vägar bär till samverkan. Denna studie visar i linje med utvecklingen inom välfärdssektorn i stort, att samverkan som idé och arbetssätt upplevs viktigt för att kunna möta den komplexa problematik som omger en betydande del av primärvårdens och socialtjänstens gemensamma ärenden. Ändå visar respondenternas beskrivningar att man mellan primärvård och socialtjänst samverkar i liten utsträckning och att det såväl internt i organisationerna som mellan parterna saknas rutiner för när och hur man ska samverka. Den samverkan som trots allt äger rum beskrivs som sporadisk, utan varken riktlinjer eller kompatibla dokumentationssystem att stötta sig mot som yrkesverksam. Skillnaden mellan hur man från primärvård och socialtjänst beskriver betydelsen av att samverka och hur man hanterar samverkan i praktiken, visar att samverkan som idé snarare utgör ett ideal för hur man vill arbeta än ett etablerat arbetssätt. För att återgå till det inledande påståendet, åskådliggör denna skillnad också vikten av att organisatoriskt bana väg för samverkan. Avsaknaden av gemensamma rutiner och system för hur och när man ska samverka vittnar om att det återstår en hel del arbete innan denna väg är lagd och de visionära resonemangen kan omsättas i handling.

I frånvaro av upparbetade rutiner och system för hur samverkan mellan primärvård och socialtjänst ska hanteras, framhåller respondenterna återkommande användningen av SIP som nyckel till bättre samverkan på individnivå. Att betrakta och behandla SIP som svar och lösning på den tillsynes svåra samverkansfrågan är dock inte oproblematiskt visar denna studie. Genom analys utifrån nyinstitutionell teori har det gått att visa att både primärvård och socialtjänst står dåligt rustade för att svara mot lagstiftarens intentioner om att användningen av SIP ska tillgodose individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den bild som respondenterna genomgående ger är att SIP används anmärkningsvärt lite mellan primärvård och socialtjänst. Med hjälp av Brunssons (2006) teori om hoppets mekanismer har det gått att visa hur man både från primärvård och socialtjänst förhåller sig undvikande till SIP för att inte riskera att utmana bilden av denna samverkansforms förträfflighet. Kontrasten mellan de skönmående beskrivningarna och den låga användningen visar dock att primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP till stor del stannar vid en samverkan på pappret, dessvärre snarare bildligt än



bokstavligt talat. En annan intressant aspekt av dessa resultat är att de också skickar signaler om att den svåra samverkansfrågan inte tycks kunna lösas med genvägar som skärpta lagkrav eller tvingande åtgärder.

Svårigheterna att skapa god samverkan med SIP mellan primärvård och socialtjänst kan förklaras av en rad hinder. Dessa hinder, och även vissa möjligheter, kan förstås utifrån fyra olika omständigheter i denna samverkan. Avsaknaden av *tidsmässiga och administrativa resurser* framhålls genomgående som ett hinder i intervjuerna. SIP upplevs ta mycket tid i anspråk och respondenterna beskriver att det saknas kompatibla dokumentationssystem för den praktiska hanteringen. Även de yrkesverkssamma *bristande kunskaper om SIP* lyfts fram som en försvårande omständighet i detta arbete. Utifrån kunskapsaspekten är det samtidigt värt att lyfta fram vissa möjligheter. I ett par intervjuer med yrkesverkssamma inom socialtjänsten beskrivs det hur personer med särskild SIP-kompetens har fungerat som resurser för att stötta den praktiska användningen. Vad gäller formerna för SIP lyfts *det tvingande inslaget* både fram som främjande och hindrande för primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP. Främjande i det att båda parter har långtgående skyldigheter att delta, vilket innebär att det blir lättare att få andra parter att komma till möten. Hindrande i det att flertalet respondenter upplever att det tvingande inslaget missbrukas och att det inte är samverkan eller samordning det handlar om, utan att man använder SIP för att påtvinga en kontakt som egentligen har annat syfte. En ytterligare omständighet som påverkar parternas samverkan med SIP är att man mellan primärvård och socialtjänst återkommande *intar olika perspektiv* i bedömningar samt olika roller i förhållande till det likalydande samordningsansvaret. Detta försvårar möjligheten att förverkliga en samverkan som ska bygga på lika skyldigheter och ansvar.

Genom att använda Røviks (2000) översättningsteori har det gått att visa att man inom både primärvård och socialtjänst gör lokala anpassningar av SIP utifrån ovan beskrivna omständigheter. De lokala anpassningarna innebär att man väljer att tolka och översätta innehållet i SIP så att användningen ska svara mot den egna organisationens intressen eller resurser. Vidare har det med hjälp av Grapes (2006) teori om verksamhetsdomäner gått att belysa hur dessa lokala anpassningar bidrar eller riskerar att bidra till en konfliktorienterad samverkan, då det mellan parterna saknas samsyn i hur SIP ska användas samt tydlig avgränsning för vilken part som förväntas göra vad i förhållande till de områden och uppgifter som berörs i det gemensamma arbetet.

Sett till tidigare forskning om SIP, överensstämmer flera delar i denna studies resultat med andra studier inom området. Även tidigare forskning visar att SIP används i begränsad omfattning inom flera verksamhetsområden (se Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Statens institutionsstyrelse 2014). Vad gäller de svårigheter som omger denna samverkansform, har man också i andra studier identifierat avsaknaden av tidsmässiga och administrativa resurser samt bristande kunskaper som återkommande hinder i användningen av SIP (se Esbjörnson & Hagqvist 2013; Källmén, Hed & Elgán 2017; Winqvist 2016). De mer professionsorienterade hindren som har åskådliggjorts i denna studie, uppmärksammas på liknande sätt i tidigare forskning (Nordström 2016; jfr Widmark 2015). Betydelsen av samsyn i fråga om hur SIP ska användas lyfts fram som en viktig omständighet att ta hänsyn till för att undvika att skapa en konfliktorienterad samverkan, där SIP används för att påtvinga samverkan med andra organisationer (se Nordström 2016). Det finns också nya resultat att här uppmärksamma. Med risk för viss upprepning är det värt att återigen lyfta fram hur det med hjälp av nyinstitutionell teori har gått att visa hur primärvård och socialtjänst sätter hoppet till SIP för att skapa en bättre samverkan. Och att man som strategi för att hålla kvar vid detta hopp återkommande väljer att undvika eller begränsa användningen av SIP. Till kategorin nya resultat finns det också anledning räkna de förenklingar som görs av SIP, vilka innebär att primärvård och socialtjänst prioriterar bort vissa moment som att upprätta en fysisk plan eller hålla fysiska möten tillsammans med den hjälpsökande. Dessa förenklingar åskådliggör hur man lokalt och till och med i flera fall på medarbetarnivå skapar egna varianter av SIP.

Med utgångspunkt i det presenterade resultatet av denna studie går det att lyfta fram flera tänkbara utvecklingsmöjligheter för primärvårdens och socialtjänstens samverkan med SIP. Utifrån de beskrivna svårigheterna att få till en fungerande samverkan med SIP hade det varit intressant att se över om gemensamma resurser som hjälper till att samordna och samtalsleda SIP-möten skulle kunna bidra till att förbättra denna samverkan. Att använda neutrala samtalsledare som fungerar sammankallade och som hjälper till att planera och genomföra SIP-möten skulle både kunna vara resursbesparande och samtidigt bidra till att det ursprungliga syftet med SIP upprätthålls på ett bättre sätt. Sett till de olika tolkningar och översättningar som görs av hur SIP ska användas, är det här också viktigt att adressera behovet av ett mer kontinuerligt arbete och utbyte mellan primärvård och socialtjänst, både i fråga om kunskapsspridning och i att upprätta gemensamma rutiner för den praktiska hanteringen av SIP. För även om primärvård och soci-

altjänst också fortsatt kommer att prioritera och agera olika i gemensamma ärenden, är det viktigt att betona att arbetet med SIP förutsätter att parterna tar ett gemensamt ansvar i att tillgodose de hjälpsökandes samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Sett till tänkbara utvecklingsmöjligheter är det också värt att reflektera över den exklusivitet som innebär att det bara är hälso- och sjukvård och socialtjänst som omfattas av bestämmelserna om SIP. Av respondenternas beskrivningar framgår det att det ofta i samverkan runt de hjälpsökande även deltar andra parter, såsom försäkringskassa eller hemtjänstutförare. Med det sagt finns det anledning att reflektera över hur både den övergripande samverkan och användningen av SIP skulle påverkas av att fler parter skulle kunna initiera och använda denna samverkansform. Att låta fler aktörer ges möjlighet att använda SIP skulle resursmässigt kunna avlasta både primärvård och socialtjänst och samtidigt bidra till att underlätta ansvars- och rollfördelningen mellan alla de parter som är involverade i samverkan.

Avslutningsvis ett par ord om kunskapsläget och fortsatt forskning. Förhoppningsvis bidrar denna studie till både ökad kunskap om denna samverkansform och inspiration till att fler studier genomförs inom detta område. Denna studie har genomförts i en tid då samverkan med SIP är under utveckling, där en ny samverkanslag nu ytterligare tydliggör hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar och uppdrag i förhållande till användningen av SIP. Utifrån denna omständighet kan det för fortsatt forskning vara intressant att göra en liknande studie längre fram för att se hur denna samverkansform utvecklas, sett till de hinder och möjligheter som har lyfts fram i denna studie. I fortsatt forskning hade det också varit intressant att belysa ett tydligare brukarperspektiv och mot bakgrund av vunna kunskaper från denna studie undersöka hur användningen av SIP ur ett längre tidsperspektiv påverkar de hjälpsökandes möjligheter till delaktighet i utformningen av insatser.

# Referenslista

Abbott, Andrew D. (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: Univ. of Chicago Press

Alve, Grete, Vigdis H. Madsen, Åshild Slettebø, Elisabet Hellem, Kari A Bruusgaard. & Birgitta Langhammer (2013) Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15 (2): 156–169

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

Anell, Anders & Ola Mattisson (2009) *Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur

Ansell, Chris & Allison Gash (2007) Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18: 543–571

Ashcroft, Rachelle, Colleen McMillan, Wayne Ambrose-Miller, Ryan McKee & Judith B. Brown (2018) The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. *Health & Social Work*, 43 (2): 109–117

Axelsson, Runo & Susanna Bihari-Axelsson (2007) Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I: Runo Axelsson & Susanna Bihari-Axelsson (red.) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur

Basic, Goran (2012) *Samverkan blir kamp: en sociologisk analys av ett projekt i ungdomsvården*. Diss. Lund: Lunds universitet

Blomqvist, Camilla (2012) *Samarbete med förhinder: om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet

Breimo, Janne P. (2016) Planning individually? Spotting international welfare trends in the field of rehabilitation in Norway. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18 (1): 65–76

Brunsson, Nils (2006) *Mechanisms of hope: maintaining the dream of the rational organization*. 1. [uppl.] Malmö: Liber

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber

Cameron, Alisa, Rachel Lart, Lisa Bostock & Caroline Coomber (2014) Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the Community*, 22 (3): 225–233

Coleman, Anna & Kirstein Rummery (2003) Social services representation in Primary Care Groups and Trusts. *Journal of Interprofessional Care*, 17 (3): 273–280

Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (red.) (1996). *Translating organizational change*. Berlin: de Gruyter

Danermark, Berth & Christian Kullberg (1999) *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur

DiMaggio, John P. & Walter W. Powell (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Field. *American Sociological Review/American Sociological Association*, 48 (2): 147–160

Dunér, Anna & Maria Wolmesjö (2015) Interprofessional Collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective [Interprofessionell samverkan i svensk hälso- och sjukvård och social omsorg ur biståndshandläggares perspektiv]. *European Journal of Social Work*, 18 (3): 354–369

Dunlop, Judith M. & Michael J. Holosko (2004) The Story Behind the Story of Collaborative Networks – Relationships Do Matter! *Journal of Health & Social Policy*, 19 (3): 1–18

Eriksson-Zetterquist, Ulla (2009) *Institutionell teori: idéer, moden, förändring*. 1. uppl. Malmö: Liber

Esbjörnson, Sara & Anders Hagqvist (2013) *Individuell plan enligt SoL och HSL. Till nytta för brukarna?* Borås: FoU Sjuhärad välfärd, Högskolan i Borås

Fridolf, Marie (2002) *Integrering som lokal organiseringsprocess mellan professionella, chefer och politiker*. Göteborg: Centrum för forskning om offentlig sektor (CEFOS), Univ.

Frost, Nick, Mark Robinson & Angela Anning (2005) Social workers in multidisciplinary teams: issues and dilemmas for professional practice. *Child and Family Social Work*, 10 (3): 187–196

Glaser, Brooklyn & Esther Suter (2016) Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 55 (5): 395–408

Glendinning, Caroline (2003) Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65 (2): 139–151

Grape, Ove (2006) Domänkonsensus eller domänkonflikt? I: Ove Grape, Björn Blom & Roine Johansson (red.) *Organisation och omvärld: nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur

Hall, Pippa (2005) Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, May 2005, Supplement 1: 188–196

Hjortsjö, Maria (2005) *Med samarbete i sikte: om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Diss. Lund: Lunds universitet

Horwath, Jan & Tony Morrison (2007) Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect*, 31 (1): 55–69

- Hubbard, Gill & Markus Themessl-Huber (2005) Professional perceptions of joint working in primary care and social care services for older people in Scotland. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (4): 371–385
- Hudson, Bob (2002) Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *Journal of Interprofessional Care*, 16 (1): 7–17
- Hudson, Bob, Brian Hardy, Melanie Henwood & Gerald Wistow (1999) In pursuit of inter-agency collaboration in the public sector: What is the contribution of theory and research? *Public Management: an international journal of research and theory*, 1 (2): 235-260
- Huxham, Chris & Siv Vangen (1996) Working together: Key themes in the management of relationships between public and non-profit organizations. *International Journal of Public Sector Management*, 9 (7): 5–17
- Jacobsson, Katarina (2008) Den svårfångade kvaliteten. I: Katarina Sjöberg & David Wästerfors (red.) *Uppdrag: Forskning: konsten att genomföra kvalitativa studier*, Malmö: Liber
- Justesen, Lise & Nanna Mik-Meyer (2011) *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur
- Källmén, Håkan, Anders Hed & Tobias H. Elgán (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
- Levin, Claes (2008) Att undersöka ”det sociala” – några ingångar. I: Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen & Katarina Jacobsson (red.) *Forskningsmetodik för socialvetare*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur
- May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Meyer, John W. & Brian Rowan (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myths and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83 (2): 340–363
- Miller, Chris & Yusuf Ahmad (2000) Collaboration and Partnership: An Effective Response to Complexity and Fragmentation or Solution Built on Sand? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 20 (5–6): 1–38
- Nordström, Erik (2016) *Samordnad individuell plan (SIP): professionellas samt barn och föräldrars erfarenheter*. Licentiatavhandling Jönköping: Högskolan
- Powell, Walter W (1996) Fields of Practice: Connections between Law and Organizations. *Law & Social Inquiry*, 21 (4): 959–966.
- Proposition 2008/09:193. *Vissa psykiatrirfrågor m.m*

- Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Røvik, Kjell Arne (2000) *Moderna organisationer: trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Scott, W. Richard (2014) *Institutions and organizations: ideas, interests and identities*. 4. ed. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, Inc.
- SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslag*
- SFS 1993:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*
- SFS 2001: 453. *Socialtjänstlag*
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*
- SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*
- Socialutskottet (2017) *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*. 2017/18: RFR5
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning.
- Statens institutionsstyrelse (2014) *Redovisning – SiS uppdrag att stödja arbetet med samordnad individuell planering*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SIS)
- Sunesson, Sune (1991) *Social medverkan i primärvården*. I *SoS-rapport 1991:17*
- Trost, Jan (2010) *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Widmark, Catharina (2015) *Divergent conceptions: obstacles to collaboration in addressing the needs of children and adolescents*. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet
- Willumsen, Elisabeth, Bengt Ahgren & Atle Ødegård (2012) A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 26 (3): 198–204
- Willumsen, Elisabeth & Lillemor Hallberg (2003) Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 17 (4): 389–400
- Winqvist, Marianne (2016) *Uppföljning av arbetet med Samordnad Individuell Plan i Uppsala län*. FoU-rapport 2016/1, Regionförbundet Uppsala län

Ødegård, Atle & John Strype (2009) Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofesional Care*, 23 (3): 286–296



# Bilaga 1: Respondentbrev

Hej,

Mitt namn är Jakob Rönnqvist. Under år 2018 skriver jag min masteruppsats i Socialt arbete vid Lunds universitet. Jag skriver uppsatsen inom ramen för min tjänst i Samordningsförbundet Västra Östergötland. Ämnet för min uppsats är samverkan mellan primärvård och socialtjänst, med inriktning på arbetet med samordnad individuell plan, SIP. Uppsatsen med tillhörande studie skrivs och genomförs med handledning av David Hoff. Fokus i intervjuerna kommer att vara Era erfarenheter och upplevelser av arbete med SIP. Vid varje intervjutillfälle kommer jag att använda en intervjuguide med teman och frågor som jag avser att beröra. Jag planerar att spela in intervjuerna, för att lättare kunna analysera det insamlade materialet.

Givetvis förhåller jag mig till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer, vilka innebär att jag i samband med varje intervjutillfälle kommer att informera om syftet med min studie, att Ert deltagande i studien är frivilligt och att Ni när som helst kan välja att avbryta Ert deltagande. Ni som intervjupersoner och den verksamhet Ni representerar kommer att oidentifieras i uppsatsen och insamlade personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt. Det insamlade materialet kommer endast att användas för denna studie.

Nedan följer kontaktuppgifter till mig och min handledare, David Hoff.

Jag ser framemot att träffa Er!

Jakob Rönnqvist

Kontaktuppgifter:

Jakob Rönnqvist

Student

Socialhögskolan

Lunds universitet

E-post: [dl.jakob.ronnqvist@gmail.com](mailto:dl.jakob.ronnqvist@gmail.com)

David Hoff

Fil dr. i Rättssociologi

Lektor i Socialt arbete

Socialhögskolan

Lunds universitet

## Bilaga 2: Intervjuguide

Födelseår:

Kön:

Utbildning:

Uppdrag i verksamheten:

Bakgrund i verksamheten:

Tidigare arbetslivserfarenhet inom yrket/professionen:

### **Tema: Verksamhet och uppdrag**

Kan du berätta om er verksamhet?

Kan du berätta om ditt uppdrag i verksamheten?

### **Tema: Övergripande samverkan**

Kan du berätta om hur ni samverkar med andra verksamheter?

Kan du berätta om hur och i vilken omfattning ni samverkar med primärvård/socialtjänst?

Kan du beskriva ett typiskt ärende där det kan bli aktuellt att samverka med primärvård/socialtjänst?

### **Tema: Samverkan med SIP**

Kan du berätta om hur ni arbetar med SIP?

Kan du berätta om hur ni använder SIP i samverkan med primärvård/socialtjänst?

Kan du beskriva ett typiskt ärende där det kan bli aktuellt att använda SIP i samverkan med primärvård/socialtjänst?

Vilka möjligheter upplever du med att använda SIP i samverkan med primärvård/socialtjänst?

Kan du beskriva ett ärende där det har fungerat bra att använda SIP i samverkan med primärvård/socialtjänst?

Vilka svårigheter upplever du med att använda SIP i samverkan med primärvård/socialtjänst?

Kan du beskriva ett ärende där det har fungerat mindre bra att använda SIP i samverkan med primärvård/socialtjänst?

Hur betraktar du er respektive primärvårdens/socialtjänstens roll i samverkan med SIP?

Hur föreställer du dig att primärvården/socialtjänsten betraktar er roll i samverkan med SIP?