



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

”Vi kan inte behandla förrän ni placerar”

**En studie om samverkan mellan kommuner och region i arbetet
med beroendeproblematik och psykisk ohälsa bland unga**

Malin Svensson och Nathalie Helmer

Kandidatuppsats (SOPA63)
HT 2019

Handledare: Mikael Sandgren

Abstract

Authors: Malin Svensson and Nathalie Helmer

Title: “We can’t treat [them] until you place [them]”

Supervisor: Mikael Sandgren

Assessor: Jan Magnusson

The aim of this study has been to examine how professionals in the municipality and county cooperate in the organizational fields surrounding comorbidity between substance abuse and mental health among youngsters. The method chosen for this study was qualitative interviews with seven different professionals working in the social services, child and adolescent psychiatry and Maria Skåne clinics. The results primarily showed that resources and division of responsibilities affected the cooperation in different ways both positively and negatively. The division of care was perceived to separate the competency where psychiatry doesn't have sufficient knowledge of substance abuse. The social service fail to manage the mental health problems which has a negative impact on cooperation between the organizations. There is a desire to cooperate to a greater extent but is hindered by the limited resources such as time. Knowledge and understanding of each other's activities and governing routines were also expressed as a success factor. The ability to cooperate under the same roof could be crucial for personal contacts where relationships were described to facilitate collaboration. The Maria Skåne clinic is an example of an interprofessional team that is characterized greatly by internal and external communication where unity is shared and the responsibilities dominate the work.

Key words: substance abuse, mental health problems, comorbidity, youths, cooperation, municipality, county

Förord

Vi vill tillägna ett stort tack till våra intervjupersoner som gjorde detta arbete möjligt, vi är djupt tacksamma att ni tog er tid för oss. Vi vill även passa på att tacka vår handledare, Mikael Sandgren, vars handledning har pushat oss till att kämpa hårdare. Framförallt så vill vi tacka varandra för all stöttning, uppmuntring och hjälp vi har gett varandra. Sist vill vi rikta ett tack till Nathalies dotter som höjt vårt humör när det har känts som mörkast.

Ett stort tack!

Innehållsförteckning

1. INLEDNING.....	1
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	1
1.2 SYFTE	2
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR	2
1.4 ARBETSFÖRDELNING	3
2. BAKGRUND	4
2.1 BEGREPPSORIENTERING.....	4
2.2 SAMSJUKLIGHET OCH SAMVERKAN	5
3. KUNSKAPSLÄGET.....	7
3.1 TIDIGARE FORSKNING.....	7
4. METOD.....	11
4.1 KVALITATIV INTERVJUSTUDIE	11
4.2 SEMISTRUKTURERAD INTERVJUGUIDE.....	12
4.3 URVAL	13
4.4 GENOMFÖRANDE	15
4.5 BEARBETNING AV INSAMLAT MATERIAL	17
4.6 FÖRFÖRSTÅELSE	18
4.7 STUDIENS TILLFÖRLITLIGHET	19
4.8 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	21
5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	23
5.1 NYINSTITUTIONELL TEORI	23
5.2 TVÅRPROFESSIONELLA TEAM	25
6. RESULTAT OCH ANALYS.....	27
6.1 PRESENTATION AV INTERVJUPERSONER.....	27
6.2 FAKTORER SOM PÅVERKAR SAMVERKAN KRING SAMSJUKLIGHET.....	27
6.3 RESURSERNA	28
6.4 ANSVARSFÖRDELNING.....	32
6.5 SAMFINANSIERING.....	35
6.6 ÖVERGÅNG OCH EFTERVÅRD	38
7. AVSLUTANDE DISKUSSION	39
8. REFERENSLISTA	43
9. BILAGOR.....	47
9.1 BILAGA 1 INTERVJUGUIDE.....	47
9.2 BILAGA 2 INFORMATIONSBREV	51
9.3 BILAGA 3 SAMTYCKESBLANKETT.....	52

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Unga individer med beroendeproblematik i kombination med psykisk ohälsa kommer ofta i kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Detta skapar ett behov av kunskap om samsjuklighet i dessa organisationer. Enligt en lägesrapport från Socialstyrelsens Individ- och familjeomsorg (2017) har den sociala barn- och ungdomsvården haft svårt att rekrytera just erfaren personal. De har därmed haft svårt att skapa en hållbar kompetensförsörjning men att satsningar har gjorts för en kompetensutveckling som ska generera fördjupad kunskap. Samtidigt föreligger det enligt 14:1 Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) anmälningsskyldighet för anställda inom verksamheter som rör barn att anmäla huruvida ett barn eller en ungdom far illa. Detta inkluderar då även barn eller ungdomar som far illa på grund av eget substansbruk (Socialstyrelsen 2014:18). Det saknas dock en motsvarighet för hälso- och sjukvården vilket ställer krav på socialtjänsten att ta ansvar för att upptäcka en eventuell samsjuklighet. Men tidigare forskning påvisar att det föreligger bristande kunskap bland socialarbetare om dels psykisk ohälsa men även med de bedömningsinstrument som finns tillgängliga för dem. Socialarbetare har svårigheter att göra korrekta bedömningar av behov och insatser vid fall av psykisk ohälsa bland unga med kombinerad problematik (Åström et al 2013). Det skapar ett dubbelsidigt problem där socialtjänsten inte har tillräcklig kunskap om psykisk ohälsa och kan därför inte leva upp till de krav som anmälningsskyldigheten genererar. Detta gör att svårigheter i samverkan kring samsjuklighet är högst relevant ämne för socialt arbete.

I november 2019 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning på uppdrag från Regeringen för att undersöka hur utbredd samsjukligheten är inom beroendeproblematik och psykisk ohälsa. Resultaten påvisade att under 2017 hade ca 52 000 personer från 10 år och uppåt vårdats för avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Av dessa 52 000 individer hade 64% av kvinnorna och 52% av männen vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under 2016 - 2018 (Socialstyrelsen 2019). Även Sveriges Kommuner och Landsting (2018) menar i sin rapport att det finns en hög grad av samsjuklighet bland unga där unga med beroendeproblematik ofta även lider av en omfattande psykisk ohälsa. Enligt rapporten har andelen individer i åldrarna 13—29 med tungt missbruk i kombination med psykisk ohälsa ökat mellan 2006 och 2016. Detta menar de skapar ett ökat komplext vårdbehov vilket anses

vara en av många viktiga frågor att behandla i relation till samverkan och förebyggande tidiga insatser (SKL 2018).

Startskottet för det uppdrag som Regeringen gav bottnade i det som Inspektionen för Vård och Omsorg tidigare identifierat som ett riskområde. Man kom i deras rapport fram till att bristande samverkan kan leda till att man inte kan leverera god och säker vård (Inspektionen för Vård och Omsorg 2016). För den aktuella målgruppen innebär en sådan brist att man faller mellan stolarna. Socialstyrelsen (2019) belyser detta genom att använda begreppet organisatoriska mellanrum. Begreppet syftar till det tomrum som skapas där en professions ansvar för brukaren avslutas utan att någon annans tar vid. För att åtgärda ett sådant tomrum behövs gränsöverskridande samarbete.

Individer med samsjuklighet är en heterogen grupp och flera förklaringsmodeller presenteras av Socialstyrelsen (2019) men för att kunna erbjuda dessa individer den hjälp de har rätt till krävs samarbete. Särskilt i arbete med unga då dessa även kräver samverkan inuti organisationerna när de går från barn- till vuxenhet. Men trots att beroendeproblematik och psykisk ohälsa ofta går hand i hand är missbruksvården och psykiatrin uppdelad mellan kommun och region. Därav finner vi relevansen i att just se till professionellas erfarenheter av samverkan mellan dessa organisationer. Genom att intervjua verksamma professionella inom barn- och ungdomspsykiatrin, socialtjänsten och Maria Skånes mottagningar vill vi komma närmare en förståelse av det samverkande arbetet.

1.2 Syfte

Syftet är att undersöka hur professionella i kommun och region samverkar i de organisatoriska fälten kring samsjuklighet bland unga

1.3 Frågeställningar

1. Hur uppfattar de professionella rutinerna i arbetet kring samsjuklighet bland unga?
2. Hur uppfattar de professionella att kunskap påverkar samverkan mellan organisationerna?
3. Hur förstås det samverkande förhållningssättet inom organisationerna?
4. Hur förstås det samverkande förhållningssättet mellan de olika organisationerna?

1.4 Arbetsfördelning

Arbetet har fördelats på ett sådant vis att den ene har haft huvudansvar under uppsyn av den andre och vice versa. Allt skrivet material och inspelningsmaterial har båda studenter haft tillgång till genom internet. Därför har alltid båda två varit involverade i varje del av arbetets gång. Båda två ansvarade för att ta kontakt med intervjupersoner och medverkade på majoriteten av de intervjuer som utfördes. För de intervjuer som utfördes av ensam student transkriberade den andra studenten för att bli väl insatt i det som sas. Utöver detta fördelades transkribering och kodningsarbetet mellan studenterna för att effektivisera tidsåtgången, även detta under uppsyn av den andra studenten. Vi har även haft tillgång till samma litteratur och haft regelbunden kontakt för att diskutera och reflektera kring uppsatsen.

2. Bakgrund

Under detta stycke presenteras och förtydligas begrepp som är återkommande i denna uppsats.

2.1 Begreppsorientering

Psykisk ohälsa/ psykisk funktionsvariation/ psykisk problematik

Dessa begrepp används i detta arbete som en samlande beteckning för både mindre omfattande psykiska problem såsom oro och nedstämdhet men även symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos.

Skadligt bruk/ beroendeproblematik/ substansbruk

I detta arbete används begreppet missbruk i minsta möjliga utsträckning, exempelvis vid referering till andra publikationer. Ovanstående rubrik används istället för missbruk i största möjliga omfattning. Detta då missbruk är ett begrepp som enligt SKL (2018) påpekar är stigmatiserande och bör ersättas. Skadligt bruk/ beroendeproblematik används i en vid bemärkelse där både regelbunden, sporadisk samt experimenterande användning av illegala substanser samt alkohol ingår.

Samsjuklighet

Begreppet samsjuklighet åsyftar en individ som diagnostiserats med två eller flera diagnoser och behöver inte syfta till den specifika kombination vi har valt att undersöka. I just detta arbete används begreppet i snäv bemärkelse och syftar till just beroendeproblematik och psykisk funktionsvariation, dock inte nödvändigtvis som två medicinskt fastställda diagnoser.

Professionella

Med professionella avser vi utbildad personal som arbetar med den specifika målgruppen inom barn- och ungdomspsykiatri, Maria Skåne mottagningar eller socialtjänsten.

Unga

Med unga avses individer i icke-myndig ålder samt myndiga upp till 25 år då det är detta åldersspann som omfattas av våra intervjupersoner.

Socialtjänsten

Enligt Socialstyrelsen (2013) beskriver man att varje kommun ansvarar för socialtjänsten

inom sitt område. Socialnämnden ska bland annat verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden.

Region Skåne

På Region Skånes (2019) hemsida går det att läsa att de ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och hållbar utveckling i hela Skåne. Utifrån hälso- och sjukvården ansvarar de för att Skånes befolkning får den hälso- och sjukvård som de behöver.

Maria Skåne

Maria Skåne är enligt Region Skånes hemsida ett samarbete mellan region och kommun där man kan få information, rådgivning och behandling om man har problem med alkohol och droger. Hemsidan hänvisar till specifik Maria Skåne mottagning men verksamhetsbeskrivningen gäller alla Maria mottagningar.

2.2 Samsjuklighet och samverkan

Socialstyrelsen (2019) beskriver samsjuklighet som när en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar och menar att det är sedan tidigare känt att individer med beroende har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa. På samma sätt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för beroende.

Socialstyrelsen (2019) framhäver fyra olika förklaringsmodeller för hur samsjuklighet uppstår:

1. Samexistens på grund av gemensamma riskfaktorer
2. Substansbruk som en konsekvens av självmedicinering
3. Bestående psykisk problematik som konsekvens av substansbruk
4. Tillfällig psykisk problematik som konsekvens från bruk av specifik substans

Komplexitet ställer krav på samverkan

Personer med skadligt bruk och beroende kan ha flera olika psykiatriska diagnoser varav de vanligaste är depressioner, ångestsyndrom, ADHD och personlighetsyndrom. Just ADHD beskrivs som en utvecklingsrelaterad funktionsvariation som sedan tidigare är en känd riskfaktor för skadligt bruk eller beroende. Eftersom ADHD är så pass vanligt bland personer

med skadligt bruk eller beroende blir samverkan mellan beroendevården och psykiatri en central fråga då gruppen rör sig mellan just dessa verksamheter i sin behandling (Socialstyrelsen 2019). Vårt arbete fokuserar på den samverkan som krävs för den aktuella målgruppen, inte specifika diagnoser. Socialstyrelsens (2019) resultat indikerar att barn- och ungdomspsykiatri i större utsträckning kan behöva uppmärksamma barn och ungdomar med ADHD som intar beroendeframkallande substanser eftersom det skadliga bruket eller beroendet huvudsakligen diagnostiseras av andra verksamheter än barn- och ungdomspsykiatri. Med bakgrund till detta kan samverkan mellan beroendevård, socialtjänst och psykiatri innan barnet fyller 18 år vara avgörande för utvecklingen av samsjuklighet.

3. Kunskapsläget

Under denna rubrik presenteras den tidigare forskning som är relevant för vår studie. Den är uppdelad utifrån teman som har kunnat urskiljas. Fokus har legat på nationell forskning eftersom vår studie innefattar två stora politiska styrda organisationer i Sverige, vilket bedömdes vara av vikt i våra eftersökningar.

3.1 Tidigare forskning

Vi har sökt efter relevant forskning på sidor som LUBsearch, LIBRIS och avhandling.se med nyckelord såsom "samverkan", "psykisk ohälsa", "ADHD", "missbruk", "substansbruk", "narkotika" med fokus på "unga" och "ungdomar". Genom att använda avancerad sökning applicerades filter som "*academic journals*" och "*peer-reviewed*" för att få fram sökresultat som var referensgranskade och publicerade i akademiska tidskrifter.

Kunskap och förståelse

I vår inledning nämner vi en vinjettstudie utförd av Åström et al (2013). De undersökte socialsekreterares bedömningar av ungdomar med kombinerad problematik såsom beroende, psykisk ohälsa men även kriminellt beteende. Resultaten antydde att socialsekreterarna var skickliga på att urskilja ett nuvarande problem och huruvida ungdomen var i behov av en intervention. Dock indikerades det att socialsekreterarna hade en tendens att överskatta mindre allvarliga problem genom att till exempel tillskriva ungdomen psykiska svårigheter. Denna tendens var som tydligast i de fall där socialsekreteraren var i behov av att bedöma just psykiatriska problem, vilket författarna menar kan förklaras genom avsaknaden av formell utbildning i just psykiatrisk bedömning (Åström et al 2013).

I en licentiatuppsats skriven av Benitha Eliasson (2010) får man läsa fyra fallstudier varav två stycken presenteras här. Övergripande behandlar hennes uppsats hur personal och chefer från socialtjänsten och landsting upplever att samverkan fungerar. De verksamheter som har analyserats är missbrukar- och beroendevården samt psykiatrin i en femårsperiod.

Författaren betonar socialstyrelsens riktlinjer för det samverkande arbetet som gäller individer med samsjuklighet. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar för vården och stödet för dessa individer ska ges samordnat och samtidigt. Begränsningar för samverkan som framhålls av

respondenterna från Eliassons (2010) studier bottnar i olika organisationers strukturer, arbetssätt och perspektiv på behandling. Hon lyfter fram tydliga riktlinjer för ansvar, uppdrag och ekonomi framhålls också som hinder för en fungerande samverkan mellan verksamheterna. Vidare riktas även begränsningar på rådande regelverk och lagstiftning som försvårar gränsöverskridande arbete, som exempelvis dokumentation och överföring av information.

Den första fallstudien rör *Socialtjänsten i samverkan* där Eliasson (2010:66) fann brister i samverkande riktlinjer för verksamheten vilket gör att ansvar läggs på den enskilda medarbetaren att hantera samverkan. En främjande faktor för samverkan beskrivs av Anna Dunér och Maria Wolmesjö (2015) när samma profession kan mötas från två olika organisationer. Deras studie genomfördes via en workshop samt intervju av fokusgrupp där biståndshandläggare har fått dela med sig av deras erfarenheter av samverkan. Det gränsöverskridande arbetet innebär då att båda sjuksköterskorna har förståelse för verksamheten de arbetar för men också en viss förståelse för problemet framför sig och kan därför samarbeta på ett annat sätt. Samtidigt pekade flera biståndshandläggare ut tidsbrist och stressiga arbetsförhållanden som ett hinder där man som professionella tvingas att prioritera sin egen verksamhet. Det visade sig även att en okunskap om varandras verksamheter förhindrade ett fungerande samarbete där till exempel sjuksköterskor fyllde ut en extra funktion utöver sin yrkesroll och fick agera som en brygga mellan de olika organisationer.

I Eliassons (2010:86) andra fallstudie *Case Management* arbetade professionella gränsöverskridande just för att ge stöd till personer med samsjuklighet som bollats fram och tillbaka mellan verksamheter. Intervjupersonerna i denna fallstudie framhöll att individer med samsjuklighet är i behov av mer kostnads- och tidskrävande resurser under en längre tid vilket kräver ett långsiktigt perspektiv med ett gemensamt ansvar mellan kommun och region.

Ytterligare hinder

Av vikt för samverkan pekades just kommunikation ut som en viktig aspekt i Hans Ek, Joakim Isaksson & Rikard Eriksson (2017) kvalitativa intervjustudie. Syftet med studien var

att undersöka hur myndigheterna samverkade i arbetet med ungdomar som inte går till skolan. Här framhölls vikten av möjligheten att kunna ringa och rådfråga någon om man kände sig osäker i bedömningen av ett ärende, men även för att säkerställa att det inte uppstod splittring i bedömningen mellan de samverkande parterna. Intervjupersonerna i Ek, Isaksson och Erikssons (2017) uttalade även att en bra kommunikation mellan verksamheterna underlättar samverkan. Något annat som också underlättar samverkan är när representanter från olika verksamheter delar samma yrkesspråk.

Goran Basic (2012) behandlar ämnet samverkan i sin avhandling *Samverkan blir kamp*. Han utför intervjuer och fältobservationer inom ungdomsvård i syfte att undersöka just samverkan mellan socialtjänsten och Statens Institutionsstyrelse. Han beskriver hinder för samverkan i form av att den ena verksamheten inte vet vad den andra gör. Istället kan en form av *pajkastning* urskiljas där brister skylls på den andra verksamheten och en uppdelning av *vi och dom* genomsyrar. Han framhåller en stridslystenhet mellan organisationer där organisationer har ett behov av att framhäva sin kompetens och skydda sitt organisatoriska revir. Det framkommer även att varje enskild organisation anser sig ha vetorätt gällande ungdomarna vilket skapar en konflikt i de olika perspektiven som organisationerna arbetar utifrån. Något annat som urskiljs ur studien är hur respondenterna påtalar det skiljaktiga huvudmannaskapet som socialtjänsten och Statens Institutionsstyrelse innebär vilket uppfattas som att organisationerna står i kontrast till varandra.

För att underlätta

För ett fungerande samarbete mellan professioner menade biståndshandläggare i Dunér och Wolmesjö (2015) studie att det krävdes gemensamma mål och att man som professionell respekterade brukarens önskan. Men samverkan ansågs också vara en ge-och-ta-situation där alla involverade måste visa en vilja och ansträngning att sträva åt samma håll (Dunér & Wolmesjö 2015). Även i Ek, Isaksson och Erikssons (2017) studie kunde man se att det krävdes gemensamma mål för att ha fungerande arbetsmetoder. Sådana mål kan dock enligt Basic (2012:33) vara en anledning till att konflikter skapas mellan organisationer. Han menar att syftet med en verksamhet oftast inte kan uppnås på egen hand utan kräver ett samarbete och beroende av en annan organisation. Utifrån de gemensamma målen bör detta indikera på ett ömsesidigt beroende mellan verksamheterna. Vidare beskriver Ek, Isaksson och Eriksson

(2017) i sin undersökning att svårigheten med samverkan kunde uppstå i dialogen kring ett ärende där konflikten bottnade i förenandet av de olika perspektiven som verksamheterna har. Socialtjänsten upplevde att barn- och ungdomspsykiatri arbetar mer individuellt medan de själva utgick ifrån ett systemtänk där man arbetar med hela familjen. Dessa två synsätten kolliderade med varandra då socialtjänsten menade att orsaken till att ungdomar inte går till skolan ofta hänger ihop med familjen. Även här synliggörs problematiken i att inte ha ett förenat perspektiv och samsyn i det samverkande arbetet med ungdomar samt en bristande kommunikation. Basic (2012:111) framhåller dock personliga relationer som betydelsefull för ett gott samarbete. Aspekten på den personliga interaktionen i samarbetet visades vara viktig för respondenterna i hans studie där ett lyckat samarbete ofta hängde ihop med en acceptans för varandra.

Ansvarsfördelning och lojalitet

Ett tydligt hinder i samverkan som lyfts fram i Ek, Isaksson och Erikssons (2017) studie är just resurser. Detta synliggjordes i undersökning genom problematiken kring vilken verksamhet som skulle stå för kostnaden vilket pekade mot en otydlig ansvarsfördelning mellan barn- och ungdomspsykiatri, skola och socialtjänst. Bristande resurser och en ovilja att belasta den egna verksamhetens budget påvisades som ett tydligt exempel på hur företrädarna försöker skjuta över ansvaret på varandra.

Basic (2012:220) beskriver i sin avhandling olika perspektiv på hur resurser ska användas som även hänger ihop med verksamhetens interna mål. Det framkommer dock även att organisationer har en brist i förtroendet för varandra gällande vad resurserna används till. Vidare påvisas det i hans undersökning att bristande ekonomi är ett hinder för samverkan mellan organisationer. Utredningen tyder på att bristande gemensamma mål, kommunikation och ansvarsfördelning, utbildning och kompetens kring psykisk problematik, samsyn och kunskap om varandras verksamheter är hinder för samverkan mellan socialtjänsten och psykiatri.

4. Metod

4.1 Kvalitativ intervjustudie

Med utgångspunkt i undersökningens syfte och forskningsfrågor där professionellas erfarenheter av samverkan kring samsjuklighet bland unga ska undersökas ansåg vi att en kvalitativ intervjustudie var att föredra. Den kvalitativa metoden används för att undersöka hur individer tolkar och uppfattar sin sociala verklighet i en särskild miljö (Bryman 2011:41) vilket överensstämmer med vårt syfte att fånga var enskild professionelles erfarenhet i ämnet. Många fördelar i vår valda metod ligger i den semistrukturerade intervjuguiden som diskuteras mer i nedanstående stycke.

Orsaken till att vi inte valde att utföra telefonintervjuer, som hade sparat oss mer tid, berodde på att vi önskade att kunna se, tolka och kunna reagera på intervjupersonernas ansiktsuttryck och kroppsspråk. Telefonintervjuer hade dock kunnat ge oss ett större urval av intervjupersoner men vi bedömde att fördelarna med en intervju ansikte- mot- ansikte övervägde fördelarna med en telefonintervju. En observationsstudie hade också kunnat vara en framkomlig metod för vår studie då det ligger ett stort värde i att vara på platsen för att kunna nå den så kallade etnografen (Bryman 2011:378). I vårt fall hade en så kallad mikro-etnografi varit att föredra då en fullskalig etnografi kräver mycket tid och resurser. Men även en mikro-etnografi som endast behöver vara i ett par veckor hade tagit alltför lång tid för oss att utföra, den hade dessutom varit otillräcklig då den enbart fokuserar på en viss aspekt inom en organisation (Bryman 2011:379). När man undersöker någonting så komplext som samverkan mellan organisationer vore det dock olämpligt att bara undersöka en aspekt i en organisation. Det hade alltså inte gett en rättvis representativ bild att välja en observationsstudie. Det hade inte heller bara varit de professionellas arbetssituation som hade studeras då detta gäller människobehandlande yrken. Med en observationsstudie som metodval hade även klienter och deras problematik blottats för fler parter än nödvändigt. Eftersom vår studie utgår ifrån samverkan och inte brukarens problematik vore inte ett sådant val etiskt försvarbart. Vi betvivlar även att en sådan undersökning hade blivit godkänd av varken handledare eller respondent. Därför kan man bedöma en intervjustudie som ett mer lämpligt metodval för vår studie.

4.2 Semistrukturerad intervjuguide

Undersökningen bygger på en semistrukturerad intervjumetod. Det betyder att vi använde en intervjuguide men att vi inte har följt denna till punkt och pricka för att kunna fånga de utsagor som inte rymmer våra frågeställningar (Bryman 2011:419). Vi utgick från specifika teman för att skapa struktur i intervjuguiden men de användes med stor flexibilitet. Efterhand som vi utförde intervjuerna blev vi mer bekväma och kunde lättare utforma intervjun efter den individ som vi intervjuade vilket beskrivs som grundläggande för intervjuguiden i kvalitativa forskningsstrategier (Bryman 2011:419). Å ena sidan vill vi att intervjupersonerna ska få möjlighet att tala fritt å andra sidan vill vi ha en form av struktur. Därför utformades en intervjuguide med ett förbestämt frågeschema som vi tillämpade på samtliga intervjupersoner för att få den strukturerade formen som genererar jämförbara svar (Bryman 2011:416). Att upprätthålla strukturen i intervjuguiden är även fördelaktigt för att undvika allt för avvikande svar. Intervjuguiden fick dock anpassas till en viss del för Maria Skåne för att kunna generera jämförbara svar. Detta var möjligt då vi var ganska klara med vilken information vi önskade att intervjun skulle ge oss. Samma intervjuguide har använts vid intervjuer hos Maria Skåne som vid andra verksamheter. Den anpassning som gjorts har skett under själva intervjutillfället i form av att frågorna har formulerats på ett annat sätt. Anpassningen grundade sig i vår bristande kunskap kring Maria Skåne. Vi känner även i efterhand att den bristen påverkade hur vi frågar till Maria Skåne som verksamhet samt hur intervjutiden utnyttjades. Till skillnad från socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri där vi hade en ganska klar bild av vad de hade för arbetsuppgifter kunde vi lättare ställa följdfrågor och måla upp exempel-scenari vilket var svårare vid intervjuerna hos Maria Skåne.

Valet av semistrukturerade intervjuer grundade sig i att vi ville ge intervjupersonerna utrymme att kunna välja själva vad de ville prata om, var de lade sitt fokus kring deras erfarenheter och hur de resonerade kring sina tolkningar (Bryman 2011:415). På grund av detta har inte frågorna i vår intervjuguide haft en särskild följd eftersom det är intervjupersonernas erfarenheter och vad de bedömer är av relevans att berätta som styr intervjun. De teman vi utgick ifrån när vi utformade intervjuguiden tog vi inspiration från tidigare forskning men de grundade sig främst i studiens forskningsfrågor för att sedan mynna ut i mindre delfrågor. Vi använde oss av öppna frågor för att i så stor utsträckning som möjligt låta respondenterna svara med egna ord och för att undvika att leda intervjupersonerna att svara på ett särskilt sätt vilket är grundläggande i utformningen av en intervjuguide (Bryman

2011:419). I efterhand upptäckte vi att intervjuguiden skiftade mycket mellan att ställa öppna, allmänna frågor till mer specifika frågor för att sedan återgå till öppnare frågor igen. Det gjorde att intervjuerna inte flöt på så smidigt som önskat. Vi insåg också i efterhand vilka frågor som genererade användbara svar och vilka frågor som var onödiga. Det gjorde att vi vid senare intervjuer lättare kunde lägga fokus på de mest fruktbara frågorna och hoppa över de som inte gav någonting användbart. Vi var dock väldigt försiktiga när vi sållande mellan vilka frågor som gav oss nyttiga svar eftersom vi inte ville riskera att förlora någonting som i stunden upplevs oviktigt. Intervjuguiden innehöll dock frågor kring ålder och kön men vi bedömde innan intervjuerna utfördes att det inte var relevant för vår studie och därför ställdes inga frågor kring detta.

Vid utformandet av intervjuguiden låg en osäkerhet att ringa in problematiken vi ville undersöka. Eftersom vi intervjuade tre olika verksamheter fick vår intervjuguide agera uttömmande på papper för att sedan anpassas på plats under intervjun. Tack vare den flexibilitet och öppenhet som låg till grund för vår intervjuguide och valet av semistruktur kunde vi trots denna osäkerhet fånga upp vårt forskningsproblem. Samverkan var någonting som vi tidigt stötte på i vårt arbete och nämndes redan under vår första intervju. Vi kunde därmed anpassa intervjuguiden på plats men även inför nästkommande intervju.

4.3 Urval

Vi har i denna undersökning använt oss av ett målstyrt urval med direkt koppling till undersökningens problemformulering och frågeställningar (Bryman 2011:434). Vi valde professionella inom barn- och ungdomspsykiatri, avdelningar på socialtjänsten som arbetar med barn och/ eller ungdomar samt Maria Skånes Mottagningar. Denna undersökning är geografiskt begränsad till Skåne av praktiska och ekonomiska skäl. Vi ser inga hinder med detta val då vi inte har i syfte att se hur professionellas erfarenheter skiljer sig åt i landet. Fördelen är istället att vi får en bättre inblick och kontinuitet (Svensson & Ahrne 2015:22). Vi kan nu i efterhand inse att även skolan hade varit lämpligt att inkludera i vår studie då de är en verksamhet som regelbundet nämndes under intervjuerna.

Urvalet av respondenter grundar sig i dels ett tvåstegsurval för att sedan mynna ut i ett snöbollsurval. Tvåstegsurval innebär att vi som forskare först valde ut organisationer som

passade i relation till studiens syfte och frågeställningar för att sedan välja ut intervjupersoner (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015:40). Undersökningens urval syftar på professionellas erfarenheter av samverkan kring samsjuklighet bland unga. Utifrån detta gjorde vi det första urvalet genom att se till vilka organisationer som antas arbeta med detta vilket var lättare att börja med. Därefter var det enklare att välja ut enskilda personer som potentiella intervjupersoner när vi hade en förkunskap om vad organisationerna arbetar med.

Vi började då med att kontakta yrkesverksamma som vi fått kontakt med genom socionomprogrammets utbildning och märkte efter bokningen av första och andra intervjun att det var svårt att få tag i intervjupersoner på barn- och ungdomspsykiatri den vägen. Vi började skicka ut e-mail till enhetschefer på olika barn- och ungdomspsykiatri-mottagningar i Skåne då dessa kontaktuppgifter var lättillgängliga på 1177 Vårdguidens hemsida. Enhetscheferna i sin tur skickade vidare våra uppgifter till de professionella inom deras verksamhet som var relevant för vår studie. Detta tillvägagångssätt kan manipulera urvalet då cheferna kan välja personer som speglar verksamheten så positivt som möjligt (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015:40). Detta är dock inget vi vidare tagit hänsyn till då antalet möjliga intervjupersoner varit begränsat. Samtidigt kan denna problematik kringgå om vi som intervjuar är väl förberedda och att vi varit medvetna om det (ibid.). Vissa mottagningar på barn- och ungdomspsykiatri som vi kontaktade svarade inte och dem som svarade avböjde på grund av tidsbrist eller så blev vi hänvisade till Maria Skånes mottagningar. Det var inte bara enhetscheferna som skickade vidare våra kontaktuppgifter utan många av de vi initialt kontaktade vidarebefordrade vårt e-mail i teamet eller organisationen. Det beskrivs att det finns risker med en sådan process då de personer som de kontaktar å våra vägnar känner varandra och kan ha därför ha vissa gemensamma och liknande erfarenheter (Eriksson-Zetterström & Ahrne 2015:41).

Vi insåg dock i detta läge att vi behövde utöka vårt val av organisationer att intervjua, dels på grund av svårigheterna att hitta intervjupersoner men också för att vi insåg att barn- och ungdomspsykiatriens utsagor endast skulle täcka en begränsad del av vår studies syfte. Det var i detta skede vi valde att ta kontakt med socialtjänsten för att nå socialsekreterare som arbetar med barn och/ eller ungdomar då de kommer i kontakt med den aktuella målgruppen. Vi kontaktade socialtjänsten på samma vis som barn- och ungdomspsykiatri. Vi fick snabbt tag det antal intervjupersoner som behövdes från socialtjänsten.

Vi blev kontaktade av en kurator från en Maria Skåne mottagning och beslutade då att även inkludera denna verksamhet eftersom vi ofta blev hänvisade till dem. Motiveringen till hänvisningen var ofta att de kunde besitta värdefulla kunskaper för vår undersökning. Genom att välja ut olika organisationer för vår undersökning skapas dessutom en variation som ger upphov till olika resultat (Svensson & Ahrne 2015:22). Detta var intressant utifrån vårt forskningsproblem och låg i linje med vårt syfte kring hur professionella inom och mellan olika organisationer samverkar i arbetet med samsjuklighet bland unga.

Vi utförde sammanlagt sju intervjuer på olika verksamheter i Skåne. Tre intervjuer på socialtjänsten i tre olika kommuner, två intervjuer på barn- och ungdomspsykiatri i en kommun och två intervjuer på Maria Skåne-mottagningar i två olika kommuner. Vi hade hoppats på att få tag i nio intervjupersoner, tre från varje verksamhet, men detta var inte möjligt på grund av tidsbrist. Intervjuerna varade i genomsnitt 45 - 60 minuter. Inga uppföljningssamtal har gjorts efter intervjutillfällena.

4.4 Genomförande

Detta avsnitt kommer konkret redogöra för intervjuernas gång från det att vi kontaktade intervjupersoner till det att intervjuerna genomförts.

I undersökningens inledande skede avsåg vi enbart att intervjua yrkesverksamma inom barn- och ungdomspsykiatri och deras arbete kring samsjuklighet. I takt med att undersökningens gång utvecklades dock detta till att även kontakta socialsekreterare som arbetar med barn och/eller ungdomar samt yrkesverksamma på Maria Skånes mottagningar. Undersökningens utveckling landade även i att fokusera på samverkan kring unga med samsjuklighet men detta medförde inga större förändringar i vår intervjuguide. Vidare hade vi för avsikt att genomföra en pilotintervju för att kunna fånga upp eventuella missförstånd eller andra problem kring formuleringar och huruvida frågorna genererar användbara svar i intervjuguiden (Bryman 2011:258). På grund av tidsbrist utfördes aldrig pilotintervjun. Vi resonerade dock att om vi under vår första intervju stött på svåra motsättningar så hade den kunnat agera pilotintervju. Vi hade därmed kunnat anpassa vår intervjuteknik och intervjuguide efter den.

Vi valde att ta oss till intervjupersonernas arbetsplats för intervjutillfället dels för att vi ville se deras arbetsmiljö och dels för att underlätta för intervjupersonen eftersom vi upplevde svårigheter med att få tag i personer att intervjuas. Det största skälet till att vi ville intervjuas de professionella på deras egen arbetsplats var för att hen även skulle känna sig mer avslappnad under intervjun. Vi försökte utföra alla intervjuer så lika varandra som möjligt men två intervjuer genomfördes med ensam intervjuare och resterande fem genomfördes med två. Det finns både fördelar och nackdelar med båda utförandena. Som intervjuare kan man känna press att man måste ställa alla frågor man har i sin intervjuguide även med en semistrukturerad sådan. Det finns även en viss rädsla att man eventuellt ska glömma att ställa en viktig fråga och den pressen kan resultera i att intervjuaren vid vissa tillfällen glömmer bort att lyssna. Med två intervjuare ges den ena intervjuaren chansen att verkligen lyssna på intervjupersonens erfarenheter och kan ställa spontana följdfrågor som uppstår medan den andra fokuserar på att ställa frågor utifrån sin intervjuguide. Dock kunde atmosfären kännas märklig vid vissa tillfällen med två intervjuare och en ensam intervjuperson medan intervjuerna med ensam intervjuare kunde kännas mer naturliga och avslappnade (Bryman 2011:208). Vi försökte skapa en tillitsfull relation genom att på ett naturligt sätt småprata med intervjupersonerna. Det märktes dock skillnad på oss som intervjuare mellan den första och sista intervjun. På den första intervjun då vi på grund av osäkerhet var väldigt låsta vid vår intervjuguide till skillnad från den sista intervjun där vi lättare kunde ställa spontana följdfrågor och känna oss tryggare med vad vi var ute efter för svar. Intervjun blev istället likt ett kollegialt samtal till skillnad från första intervjun som kunde upplevas stel och osäker.

För att spara tid vid själva intervjutillfället valde vi att skicka med informationsbrevet (bilaga 2) via e-mail till alla intervjupersoner. Orsaken till detta var också för att intervjupersonerna skulle få chansen att läsa igenom brevet på egen hand och inte under tidspress vid intervjutillfället. Vi tog dock med oss kopior på informationsbrevet vid intervjutillfället för att ge intervjupersonerna en chans att läsa igen innan de skrev på samtyckesblanketten (bilaga 3). Vi blev tillfrågade om vi kunde lämna ut vår intervjuguide (bilaga 1) innan intervjutillfället för att intervjupersonerna skulle ha chansen att formulera ett välutänkt svar. Detta tyckte vi var en bra idé men vi tog ändå beslutet att inte skicka ut den. Bedömningen gjordes att intervjuguiden i sig är skriven på ett sådant öppet sätt att en egen tolkning av frågorna lätt hade kunnat göras och utifrån detta var vi oroliga att intervjupersonerna eventuellt skulle bli låsta av att svara utifrån den tolkningen. Vi valde dock att dela med oss av vilka teman som skulle beröras i intervjun. Det är dock värt att poängtera att många intervjupersoner upplevde

frågorna som svåra att besvara och att betänketid var önskad. I det avseendet hade det varit mer fruktbart för vår undersökning om intervjupersonerna fått se intervjuguiden i förväg och kunnat fundera ut mer välutvecklade svar. Före intervjuerna läste samtliga intervjupersonerna informationsbrevet och skrev sedan på samtycke för att medverka i studien samt samtycke för att intervjun spelades in. Innan intervjuerna påbörjades satte vi båda två på våra telefoner på inspelning för att säkerställa att intervjun spelades in.

4.5 Bearbetning av insamlat material

En svårighet med kvalitativ forskning är att den snabbt genererar mycket material som blir svåröverskådlig (Bryman 2011:510). Det finns inte särskilt många etablerade metoder att analysera kvalitativt material men det finns några generella riktlinjer att följa (Bryman 2011:511). Grounded theory är en av dessa generella riktlinjer och är det vi har använt i detta arbete.

Transkribering

Vi fick ihop 6 timmar och 21 minuter inspelningsmaterial som resulterade i 115 sidor i ett MS word-dokument. Detta material skrevs ut för att kunna uppvisas för handledare. Vi använde oss av förkortningar och olika tecken för att förenkla både transkriberingen och läsningen av transkriberingarna. Det tog ca 45–50 timmar att transkribera materialet.

Transkriberingsarbetet fördelades mellan författarna i så stor utsträckning som möjligt och inspelningsmaterialet fanns tillgängligt för båda författarna på Apples iCloud fram till början av januari. Transkriberingsmaterialet skapades och fanns tillgängligt på Google Drive i ett online-dokument för att båda författare skulle kunna arbeta med materialet. Inga känsliga uppgifter delades i online-dokumentet på Google Drive och kunde på så sätt inte kopplas till informationen som fanns på iCloud. Intervjupersonerna döptes till R som stod för *respondent* och författarna till arbetet benämndes efter första bokstaven i sitt förnamn.

Eftersom två intervjuer genomfördes av ensam intervjuare så transkriberade den andra författaren de intervjuerna för att på så sätt bekanta sig med materialet och underlätta analysen. Vi gjorde misstaget att vänta tills dess att vi fått in och transkriberat allt material innan vi påbörjade vårt kodningsarbete som tog ungefär 20 timmar.

Kodning i grounded theory

Grounded theory är en av de generella strategierna för en kvalitativ dataanalys och beskrivs som en metod där man systematiskt samlar in och sedan analyserat materialet (Bryman 2011:513). Grounded theory anses ofta som ett sätt att generera en teori men i denna studie utgår vi från en teori redan vid kodandet även om teorin inte påverkar själva kodningsarbetet i det första stadiet.

Vi har utgått ifrån det Charmaz (2006 se Bryman 2011:514) kallar initial kodning vilket innebär att vi har kodat vårt material rad-för-rad utifrån det första intrycket man får när man läser raden. Det är viktigt att forskaren i detta läge är öppen och kodar på ett förutsättningslöst vis. Vi började med genom att båda två separat kodade första halvan av den första intervjun utifrån initial kodning för att sedan jämföra våra koder. Vi bedömde att vi kodade så pass likt varandra att kodningen kunde utföras av respektive student separat för att öka effektiviteten. Nästa steg i kodningen är det som Charmaz (2006 se Bryman 2011:514) kallar fokuserad kodning vilket innebär att man lägger fokus på de vanligaste koderna. Några initiala koder lämnades i det initiala stadiet eftersom den fokuserade kodningen kräver att vi som forskare tar beslut kring vilka av koderna har störst analytisk vikt när det gäller att kategorisera data. Utifrån detta skapades sedan nya koder genom att kombinera olika koder med varandra och kategorier kunde skönjas därefter urskiljas. Efter det sammanfattade vi våra resultat efter de kategorierna och vi kunde påbörja avsnittet om resultat och analys.

4.6 Förförståelse

Utöver den teoretiska erfarenhet som lärs ut på socionomprogrammet har även en viss praktiskt erfarenhet erhållits via verksamhetsförlagda utbildningar. En av författarna har arbetslivserfarenhet inom både socialpsykiatri och beroendevård. Båda författarna har en viss personlig erfarenhet av både beroendeproblematik och psykisk funktionsvariation bland anhöriga. Det är en sammantagning av dessa erfarenheter som vi som författare har en föreställning av att samhället i stort har en negativ syn på individer som lider av beroendeproblematik och psykiska funktionsvariationer både separat och i kombination. Vi delar även föreställningen om att individer med dessa svårigheter hamnar i ett annat sorts

utanförskap än de individer som lider av enstaka svårigheter eftersom de är i behov av flera olika instanser samtidigt. Att detta sker tror vi som författare beror på att ingen vill ta ansvar för det komplexa vårdbehov dessa individer har och att det i grund och botten handlar om ekonomiska frågor och till viss del okunskap kring hur man ska hantera problematiken rent praktiskt. Vi tror att vår studie kommer påvisa att dessa problem gör att samverkan på olika sätt brister men också att det kommer vara svårt att peka ut ett enskilt problem som boven. Intervjupersonerna som vi valt att intervjua kan ha en livsavgörande roll för unga med psykisk ohälsa i kombination med en beroendeproblematik och deras erfarenheter som vi tror kan lära oss mycket. Vi tror även att ett arbete såsom detta hade kunnat hjälpa till att bidra i utvecklingen att kunna ge denna målgrupp ett bättre individanpassat stöd.

4.7 Studiens tillförlitlighet

För att göra en kvalitativ studie tillförlitlig så måste den uppfylla vissa kriterier. Vi har i vår undersökning valt att utgå från Lincoln och Gubas (1985 se Bryman 2011:352) och Guba och Lincolns (1994 se Bryman 2011:352) kriterier för att säkerställa vår studies tillförlitlighet. De kriterier som presenteras är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt möjlighet att styrka och konfirmera. Efter detta presenteras begreppet äkthet och de kriterier som utöver tillförlitligheten ska säkerställa äktheten.

Trovärdighet

För att påvisa trovärdighet kan triangulering inom kvalitativ forskning utgöra ett sätt för att öka trovärdigheten. Med triangulering menas att man kombinerar olika metoder eller olika datakällor (Bryman 2011:354; Svensson & Ahrne 2015:25). I just vår studie används tre olika datakällor och de olika erfarenheterna kommer bland annat att ställas emot varandra och jämföras. Med tre olika datakällor menas då de tre olika verksamheter som vi har undersökt.

Överförbarhet

Med överförbarhet menas huruvida de resultat vi har kommit fram är generaliserbara och huruvida de skulle kunna överföras till en annan situation med mer eller mindre liknande resultat (Bryman 2011:355; Svensson & Ahrne 2015:26). I vårt fall är detta svårt att svara på

då vi bland annat har intervjuat yrkessamma i olika kommuner i Skåne. Dessa har olika riktlinjer även om alla svarar under samma lagstiftning. Vi har även intervjuat ett sparsamt antal personer från varje verksamhet men eftersom vi har valt att undersöka en specifik arbetsuppgift som ingår hos alla tre verksamheter kan en viss generaliserbarhet skönjas i resultaten (Svensson & Ahrne 2015:27). Vi hade kunnat öka överförbarhet och generaliserbarhet genom att rikta in oss på en särskild kommun och sedan ytterligare genom att rikta in oss på en särskild yrkesgrupp eller verksamhet. Det hade dock kunnat påverka trovärdigheten som redovisats i ovanstående stycke beroende på utförande.

Vi har i denna studie valt att dela upp våra intervjupersoner utifrån två kategorier nämligen *utredare* och *behandlare*. Kategorierna talar för intervjupersonens huvudsakliga uppgift, benämningen *behandlare* utesluter inte att visst utredningsarbete förekommer precis som att visst behandlingsarbete kan förekomma i *utredarens* arbetsuppgifter. Två behandlare arbetade på samma mottagning vilket påverkar både överförbarheten och generaliseringen då dessa två utsagor har samma utgångspunkt i erfarenheterna. En generalisering hade kunnat göras på just den specifika mottagningen men det var inte syftet med detta arbete. Det påverkade även anonymiteten som diskuteras mer ingående under forskningsetiska övervägande.

Pålitlighet

Med pålitlighet menas att en fullständig redogörelse för hela forskningsprocessen skapas och säkerställs genom att en eller flera kollegor granskar materialet (Bryman 2011:355). Det är bland annat denna funktion vår handledare har för att säkerställa att studien utförts på ett korrekt sätt.

Möjlighet att styrka och konfirmera

I vårt arbete har vi i så stor utsträckning som möjligt försökt att inte låta egna värderingar styra eller påverka studiens inriktning (Bryman 2011:355). Vi har dock valt att inkludera den ovanstående rubriken *Förförståelse* för att låta läsarna ta del av de erfarenheter vi som författare och forskare har sedan tidigare. Anledningen till detta är för att det är svårt att objektivt ta sig an samhällsliga problem men särskilt svårt vid känsliga ämnen som beroendeproblematik och psykiska funktionsvariationer.

Äkthet

För att säkerställa äktheten ska forskaren kunna svara på ett visst antal frågor som berör forskningspolitiska konsekvenser av studien (Bryman 2011:356). I denna studie bedömer vi att undersökningen ger en tillräckligt rättvis bild av de åsikter och uppfattningar som finns kring den problematik som har undersökts. Undersökningen skulle kunna hjälpa intervjupersonerna att komma fram till en bättre förståelse av den sociala situation som har undersökts och den kan även bidra till att ge samma intervjuperson en bättre bild av hur andra upplever samma situation. Men även om undersökningen kan tydliggöra den problematik som uppstår vid den givna situationen är intervjupersonerna bundna vid det ramverk som berör deras verksamhet så möjligheterna för att förändra sin situation är begränsade. Att belysa problematiken är dock det första steget till förändring.

4.8 Forskningsetiska överväganden

Vi har i denna studie tagit hänsyn till de forskningsetiska principer som vars syfte är att vägleda forskaren i relation till de deltagande i undersökningen (Vetenskapsrådet 2002:6) De etiska principerna kan delas in i fyra huvudkrav vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa kommer att beskrivas i stycket längre ned, den information som framgår är samma information som meddelats till intervjupersonerna både skriftligen och muntligt innan intervjutillfället.

Informationskravet innebär i praktiken att vi informerade våra intervjupersoner vad deras deltagande innebär, att deras medverkan är frivillig och närsomhelst har kunnat avbryta utan negativa konsekvenser. Det framgick till vilket syfte vi inhämtat information ifrån dem och att vi inte kommer att använda den på någonting annat vis än för just detta syfte (Vetenskapsrådet 2002:7). Med samtyckeskrav menas att intervjupersonerna i vår studie har rätt att bestämma över sin egen medverkan och måste därmed lämna samtycke om inhämtning av den efterfrågade informationen (Vetenskapsrådet 2002:9). Konfidentialitetskravet avser att materialet som vi har samlat in måste förvaras så att obehöriga inte kan ta del av det men även att de uppgifter som intervjupersonerna har lämnat ska röjas på ett sådant sätt att utomstående inte kan identifiera dem (Vetenskapsrådet 2002:12). För att kunna uppfylla detta krav har vi

valt att presentera intervjupersonerna utifrån deras huvudsakliga uppgifter såsom utredning eller behandling istället för att presentera dem utifrån deras profession eller verksamheten de arbetar för. Vi benämner därför intervjupersonerna som just utredare eller behandlare då två behandlare arbetar på samma mottagning. Det blir därför lätt för dessa att känna igen varandra om intervjupersonen skulle benämnas utifrån deras profession eller verksamheten de arbetar för. Anonymiseringen gäller även för andra intervjupersoner som har blivit hänvisade till oss, eller som vi blivit hänvisade till, via deras enhetschef. I informationsbrevet meddelades även intervjupersonerna hur länge informationen sparas. För att uppfylla nyttjandekravet krävs att de uppgifter som vi kommer samla in får endast användas för forskningsändamålet. De kommer alltså inte utlånas för kommersiellt bruk eller icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet 2002:14).

Hildur Kalman och Veronica Lövgren (2019:11) beskriver att etiska övervägande blir aktuella när viktiga värden för både enskilda som för samhället står på spel och etiken kan ge oss övergripande riktlinjer som hjälper oss att reflektera kring våra handlingar. På samma sätt står etiken för en medveten reflektion över vad forskningen kan innebära för deltagarna i forskningen men även forskarsamhället och samhället i stort (Kalman & Lövgren 2019:11). Då vår studie behandlar två etiskt känsliga ämnen kan en sådan övervägning vara extra viktig. Vi har gjort ett medvetet val att vända oss till professionella inom dessa ämnen eftersom många av de aktuella brukarna är minderåriga men också för att problematiken kan anses vara känsligt att diskutera med två studenter. Men vad innebär det att undersöka professionellas erfarenheter av samsjuklighet? Eller ännu viktigare, vad skulle det innebära att *inte* undersöka dessa erfarenheter? Att öka kunskapen kring samsjuklighet kan hjälpa professionella att bättre bemöta brukare i sitt arbete. En belysning av vilken problematik som lätt uppstår när man arbetar med individer med dubbeldiagnoser kan erbjuda tips och råd för vilka fallgropar som eventuellt kan komma på vägen. Vår studie kan även agera språngbräda, för antingen oss själva eller någon annan, för en större undersökning som kan ge ett underlag för utövare inom dessa områden för att hitta bättre interventioner för dessa individer. Utöver detta kunde vi identifiera tillräckligt många vinster med vår studie för att den ska kunna nyttjas på ett optimalt vis, alltså öka kunskapen kring samsjuklighet för att lättare hjälpa de som drabbats av både psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

5. Teoretiska utgångspunkter

I denna del kommer de valda teorierna att presenteras. Den första är nyinstitutionell teori som grundades genom två verk; John Meyers och Brian Rowans artikel *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony* (1977) och Paul J. DiMaggios och Walter W Powells artikel *The iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields* (1983) (Johansson 2006:17; jfr Eriksson-Zetterquist 2009:63). Vidare har flera andra författare presenterat teorin och det är genom dessa vi har valt att referera till. Nyinstitutionell teori bör ses som ett ramverk med en samling idéer som man kan välja mellan (Eriksson-Zetterquist 2009:24; jfr Linde & Svensson 2013:23). Kopplat till samverkan menar Grape (2006:47) dock att denna teori är bristfällig då den ensam inte kan ge en fullständig bild och bör därför kompletteras med ytterligare begrepp. Därför har vi valt att komplettera med teorin om tvärprofessionella team för att kunna analysera våra resultat närmare de enskilda professionellas erfarenheter av samverkan.

5.1 Nyinstitutionell teori

Nyinstitutionell teori fokuserar på olika organisationers strukturer och processer med särskilt intresse för varför organisationer inom samma bransch uppvisar stor likhet. Teorin är användbar för att studera omgivningens påverkan av organisationer (Eriksson-Zetterquist 2009:5) samt mellanorganisatoriska fenomen (Eriksson-Zetterquist 2009:64, Linde & Svensson 2013:23). Nyinstitutionell teori kan användas för att analysera alla möjliga organisationer och inte bara organisationer inom välfärden.

Organisationer inom nyinstitutionell teori är kopplade till den institutionella omgivningen med alla normer och regler, detta i sin tur tyder på att organisationerna anpassar sig till dessa (Blom & Grape 2006:8); jfr Johansson 2006:17). Kraven uppstår genom förutsättningar från högre instanser såsom politiker, lagstiftning och olika professionella grupper (Johansson 2006:17). I samma linje menar Eriksson-Zetterquist (2009:12) att det centrala inom nyinstitutionell teori är att institutioner konstrueras genom människors sociala verklighet. Organisationernas mål är påverkade av institutioner och det är i omgivningen förståelsen ligger i vad organisationer gör och hurdana de är (ibid.).

Organisatoriska fält och homogeniseringsprocess

Organisatoriska fält beskrivs som ett kollektiv av organisationer som i något avseende sysslar med samma saker (Johansson 2006:18). Ett organisatoriskt fält symboliserar hur relationer mellan organisationer skapar olika processer och genom denna interaktion mellan organisationer kommer deras former att bli mer och mer lika. Denna så kallade homogeniseringen sker genom samverkan med till exempel gemensamma möten och projekt. Det är de starkaste organisationerna inom ett fält som får mest stöd och har störst makt att genomdriva regler. När ett fält etableras är det påverkat av homogenisering vilket innebär en medveten, eller omedveten, strävan av att vara lika varandra inom samma fält. Det kan få organisationer att framstå som icke självständiga i sitt handlande och stället avspeglar av det gemensamma fältets egenskaper (Eriksson-Zetterquist 2009:77).

Isomorfism

Som ett resultat av homogeniseringen utvecklas mekanismer som driver organisationerna inom det samma fält att imitera varandra. Det vill säga de institutionella krav som vi redogjort för ovan. Isomorfism är ett annat ord för dessa krav och delas in i tre olika kategorier:

1. *Tvingande isomorfism* som innebär påtryckningar från högre instanser såsom politiker eller staten. De starkare organisationer inom ett fält kräver att de svagare anpassar sig till de spelregler som de starkare bestämt (Eriksson-Zetterquist 2009:79).
2. *Mimetisk isomorfism* som innebär att organisationerna inom samma fält imiterar varandra på grund av osäkerhet inom organisationen. De organisationer som framstår som mest framgångsrika imiteras av de som framstår som sämre. Därefter slipper de lägga resurser på att hitta egna lösningar vid osäkerhet/problem. Imitation av en annan organisation behöver inte vara ett medvetet val (Eriksson-Zetterquist 2009:79).
3. *Normativ isomorfism*, detta krav uppstår från de professioner och utbildningar som delar det organisatoriska fältet och påverkar vad som är det rätta handlandet. Det kan beskrivas som ambitionen från ett visst yrke att definiera sin yrkesroll och arbete. Genom personalomsättning inom fältet där kraven på utbildningsformen är homogen produceras och reproduceras normerna inom det organisatoriska fältet. Socialisation är

en del av den normativa isomorfismen vilket innebär att homogeniseringsprocessen påverkas även av hur professionerna beter sig och hur de talar om organisationer och andra. En gemensam vokabulär kan i bästa fall kan skapa effektivitet (Eriksson-Zetterquist 2009:80).

5.2 Tvärprofessionella team

Tvärprofessionella team består av ett antal personer som representerar professioner och arbetsgrupper. Dessa är ofta specialiserade, består av olika professioner och kan finnas både inom en organisation men även mellan organisationer. Inom det tvärprofessionella teamet ligger det vikt i att rätt profession har rätt typ av kunskap inom det specifika området (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008:186). Thylefors (2007:89) argumenterar för det tvärprofessionella teamet kopplat till att lösa en uppgift och nå ett resultat. Författaren uttrycker bland annat att komplicerade problem kräver mångsidig kunskap. Med det menar Thylefors (2007:89) att kunskap från flera områden behövs för att möta de komplexa vårdbehov klienterna har. Vidare kan tvärprofessionella team ses som ett medel för att motverka fragmentiseringen som sker inom vård och omsorg genom att skapa ett helhetsperspektiv.

Det tvärprofessionella teamet kan syfta till effektivisering då flera professioner samverkar inom samma område istället för en ensam profession. Tillgången till vård ökar dessutom till en mindre kostnad eftersom dubbelarbete minimeras. Ett tvärprofessionellt samarbete genererar även gränsöverskridande kunskap mellan professioner och organisationer. Det ökar även förståelsen för respektive yrke samt kompetens inom den egna yrkesrollen (Thylefors 2007:90). Vem som innefattas av det tvärprofessionella teamet är något otydligt i litteraturen dock. Är det professioner som definierar det tvärprofessionella teamet eller är det utifrån särskilda yrkesgrupper som definierar teamet? (Thylefors 2007:91) Blomqvist (2004:3) hävdar att det tvärprofessionella teamet kännetecknas av ett antal personer som arbetar tillsammans för att nå ett gemensamt mål och har kunskaper som kompletterar varandra. Det vill säga att det inte definierar någon typ av gemensam profession utan det är målet som avgränsar. I samma linje definieras teamet enligt Svensson, Johnsson och Laanemets (2008:186) av ett antal personer som representerar professioner och arbetsgrupper.

Det tvärprofessionella teamet kan delas upp i olika typer och däribland så kallat interprofessionellt team. Det interprofessionella teamet kännetecknas av att målen endast kan nås genom samarbete. För att detta ska kunna ske behövs god kommunikation, samsyn och delat ansvar. Även om respektive profession drar sin del i samarbetet finns en respekt för varandras expertis. Vikt läggs även vid social kompetens och personkemi mellan varandra (Thylefors 2007:94).

6. Resultat och analys

Under detta avsnitt kommer vi att presentera intervjupersonerna och de resultat vår studie har genererat. Vi har utifrån våra frågeställningar skapat teman för att lättare kunna presentera våra resultat på ett överskådligt vis. Utifrån detta har vi sedan delat in resultaten under relevanta rubriker för att tydliggöra dem. Vi kommer att avsluta genom att analysera våra resultat med hjälp av våra teoretiska utgångspunkter för att sedan jämföra med vad tidigare forskning har påvisat.

6.1 Presentation av intervjupersoner

Intervjupersonerna har arbetslivserfarenheter mellan ca 2 – 30 år och har grundutbildningar som sjuksköterska, socionom, socialpedagog eller skötare. De arbetar i olika verksamheter såsom socialtjänsten, Maria Skåne och barn- och ungdomspsykiatri. Gemensamt för våra intervjupersoner är att de arbetar med ungdomar, i vissa verksamheter inkluderar detta även unga vuxna 18 – 25 år. Ingen gemensam nedre åldersgräns har angivits av intervjupersonerna men två verksamheter angav 12 år som en officiell nedre åldersgräns. På grund av orsaker som har diskuterats under metod har vi valt att dela upp våra intervjupersoner utifrån två kategorier – utredare och behandlare. Vi benämner dessa som Utredare 1–3 och de är kommunalt anställda. Fyra intervjuer har gjorts hos olika behandlare som är anställda av Region Skåne, dessa benämns som Behandlare 1–4.

6.2 Faktorer som påverkar samverkan kring samsjuklighet

Samverkan beskrivs av intervjupersonerna som ett sätt att samla flera instanser för att komma fram till en gemensam lösning som är tillfredsställande för individen. Hur detta kan göras rent praktiskt är genom samordnad individuell plan (SIP), ett verktyg där man bjuder in de berörda parterna för att samverka vården kring den unge. Syftet är att man som professionell hjälper till att samla alla parter för att underlätta för brukaren.

Det insamlade materialet påvisade två faktorer som direkt eller indirekt påverkar samverkan kring unga med samsjuklighet; resurser och ansvarsfördelning. Dessa två kategorierna har benämnts upp i underkategorier för att tydliggöra de olika aspekterna.

Vidare resonerar vi kring samfinansiering som en eventuell lösning utifrån våra resultat och slutligen tar vi kort upp den övergång som är unik för denna målgrupp när de går från barn- till vuxenvård.

6.3 Resurserna

Under våra intervjuer benämndes resursbrist i olika former som ett återkommande hinder för smidig samverkan. Främst påtalades resurser i form av ekonomi som sedan påverkade huruvida man hade tid, kunskap och ett socialt professionellt nätverk tillgängligt.

Krafter bakom fördelningen

Någonting som poängterades var att resurserna som finns tillgängliga för verksamheterna hänger på de förklaringsmodeller som finns kring beroendeproblematik samt hur benägna politiker är att diskutera kring varför problematiken bara växer sig större. En behandlare lyfte denna aspekt och förklarade att hans arbete påverkades av hur organisationen vill att man förhåller sig till beroendeproblematik. Detta visade sig utifrån materiella förutsättningar såsom brist på önskvärt testmaterial och provtagningsrum:

“[...] är vi ju begränsade uppåt i organisationen och det är ju också organisationens ansvar att skapa möjligheter för oss medarbetare att kunna göra vårt jobb på bästa sätt och därför blir det lite haltande för så ser det inte riktigt ut” - Behandlare 2

På liknande sätt belyser Eliasson (2010) Socialstyrelsens riktlinjer för det samverkande arbetet gällande samsjuklighet och menar att det är lagstiftat att man ska dela på ansvaret mellan huvudmännen. De resursbegränsningar som lyfts av Behandlare 2 ligger i linje med de resursbegränsningar som Eliassons (2010) studier påvisar. Utifrån teorin om isomorfism kan sådana begränsningar från staten tolkas som den tvingande typen där resursfördelningen blir den högre insatsen som formar organisationens sätt att arbeta (Eriksson-Zetterquist 2009). Organisationens kan önska att medarbetarna kommer fram till bättre rutiner kring brukare med beroendeproblematik men som medarbetare tvingas man handla efter de materiella förutsättningarna. Så länge de brister kommer inte en förbättring att ske i arbetet med en mer individanpassad vård för individer med beroendeproblematik.

Tid för samverkan

Brist på tid var någonting som flera intervjupersoner tog upp som ett hinder för samarbete mellan organisationer men även inom organisationen. Man ska ha tid för att skapa kontakter, upprätthålla dem och kommunicera då relation med kollegor är en gynnande faktor för samverkan. Det ska även finnas tid att lägga på brukaren för att kunna bygga upp en etablerad relation och bibehålla en öppen kontakt för att kunna bilda en förståelse kring brukarens problematik. Flera intervjupersoner sa att tidsbristen gör att socialtjänsten är svåra att nå och kontakten beskrivs av en behandlare som omständlig, formell och menar att det är en lång utredningstid. En annan behandlare beskriver att hen märker tydligt när handläggarna på socialtjänsten har mycket på sitt bord. Detta menar hen påverkar samarbetet negativt verksamheterna emellan.

Även utredarna uttryckte svårigheter för klienterna att få etablerad kontakt men i detta fallet med psykiatrin. De långa väntetiderna resulterar ofta i ett motivationsarbete där utredaren får uppmuntra klienten till att fortsätta kontakta psykiatrin. En behandlare talar om sin tidigare erfarenhet som anställd på socialtjänsten där hen menade att kontakten med psykiatrin kunde vara osmidig och tidskrävande. En förklaring som gavs var att det troligtvis berodde på ett högt tryck hos psykiatrin som resulterade i att det tog lång tid för klienten att få hjälp:

“Jag vet att det är ett högt tryck inom psykiatrin då därav kunde det ta väldigt lång tid för patienten att få den hjälpen, så det är väl mer där som jag har erfarenheter av att det var svårt [...] det är långa väntetider och klienten upplever att det är svårt att få kontakt med sina behandlare” - Behandlare 3

Ur ett nyinstitutionellt perspektiv kan svårigheterna i kommunikationen mellan verksamheterna ses som en homogenisering och imitering av varandras organisatoriska fält. Sådant beror oftast på en osäkerhet kring andra alternativ för att få tid att räkna till och genom brister i kommunikationen kan även osäkerhet kring vad den andre organisationen egentligen gör uppkomma. Detta kan enligt Basic (2012) skapa konflikter och en uppdelning av *vi och dom* vilket förstärker den redan uppdelade vården av samsjuklighet. Detta i sin tur förstärker den bristande kommunikationen istället för att hitta nya möjliga metoder för ett ökat

samarbete mellan de olika organisatoriska fälten där socialtjänsten utgör ett och psykiatri ett annat.

Resultaten visade också att intervjupersonerna var benägna att tala om andra verksamheter som överbelastade och otillgängliga på grund av tidsbristen. Även detta kan kopplas till Basic (2012) tidigare forskning där verksamheter skyddar sitt organisatoriska revir och genom att hellre peka ut andra verksamheters brister än sina egna. Detta kan ses som en homogeniseringsprocess genom en mimetisk isomorfism som kan förklara varför verksamheterna uppfattar varandra som överbelastade och blir lika varandra i sina föreställningar om att ingen har eller skapar tid för kommunikation.

Internt och externt kunskapsutbyte

Ett smidigt kunskapsutbyte mellan de olika verksamheterna beskrivs underlätta samverkan. Intervjupersonerna beskrev en tillgång till kunskapsutbyte inom teamet och mellan kollegor genom grupphandledning samt en möjlighet att vända sig till högre chefer vid komplexa ärenden. Genom kunskapsutbyte hade även de samverkande verksamheterna kunnat hjälpa varandra vid ärenden där samsjuklighet eventuellt finns. En utredare menade att de behöver hjälp av barn- och ungdomspsykiatri med bedömningsinstrument för att särskilja vad som är beroendeproblematik och vad som är psykisk ohälsa.

De behandlarna som intervjuades arbetade i tvärprofessionella team och för att få ett fungerande samarbete måste det finnas ödmjukhet och respekt för varandras kompetenser. Maria Skåne är ett sådant tvärprofessionellt team som dessutom har professioner från olika organisatoriska fält såsom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Detta betyder att det finns en samlad kompetens om psykiatri och missbruksvården vilket beskrivs som en fördel i samverkan. En behandlare beskriver sin arbetsplats med gott samarbete och kunskapsutbyte mellan professionerna:

“[...] ibland kan det bli att man har olika kunskaper såklart och att man framför det och argumenterar för det man kan [...] Vi har ju också utvecklingsdagar som rullar runt på oss i teamet för att ha 1,5 timme liksom för att presentera om vi har varit på nån utbildning eller föreläsning så att vi hela tiden uppdaterar varandra i teamet” - Behandlare 1

Ur nyinstitutionell teori blir det intressant att studera våra resultat av samverkan inom det tvärprofessionella teamet då den beskrivs som välfungerande. För att samverkan ska fungera inom ett team av olika professioner från olika fält krävs det att det finns rätt kunskap i teamet. Detta förutsätter både kunskaper om psykisk ohälsa och beroendeproblematik i den komplexitet som samsjuklighet bland unga innebär. Maria Skånes verksamhet är ett särskilt exempel på en intern och välfungerande samverkan. Alla utför samma arbete trots olika utbildningsbakgrunder som till exempel sjuksköterska och socionom. Det sker ett aktivt och smidigt kunskapsutbyte mellan kollegorna inom teamet. Tvärprofessionella team kan fånga det eftersträvade helhetsperspektivet lättare och vården effektiviseras. Man kan på detta sätt även fånga upp de unga som faller mellan stolarna. Maria Skåne är utifrån vårt resultat ett utmärkt exempel på ett interprofessionellt team som kännetecknas av god intern och extern kommunikation, samsyn på vården av individerna och ett delat ansvar.

Personliga kontakter och relationer

Majoriteten av intervjupersonerna tog upp att fungerande samverkan ofta bygger på personliga kontakter som man har byggt upp under sin yrkeskarriär. En behandlare beskrev att det var lättare att samverka med till exempel en socialsekreterare om man hade en arbetsrelaterad relation med denne sedan tidigare. Men detta gällde inte bara mellan organisationer utan ett flertal intervjupersoner menade att samverkan underlättas om man genom den enskilde organisationens rutiner träffades regelbundet på till exempel handledning eller andra sorter av möten. Att sitta geografiskt nära varandra såväl som tillhöra ett mindre team lyftes också som främjande för samverkan inom organisationen:

“Ja, alltså jag tycker ändå att här på socialtjänsten så tycker jag att vi har relativt bra samverkan men vi sitter ju alla i samma hus, men sen tänker jag just eftersom vi är ett ungdomsteam så har vi ganska bra samverkan med, ja men till exempel [annan verksamhet] har vi haft samverkansmöte tillsammans med, försöker ha det en gång per termin” - Utredare

Ett tvärprofessionellt team definieras inte enbart med olika samverkande professioner utan kan även beskrivas som professionella som arbetar mot samma mål (Blomqvist 2004). Genom

att sitta nära varandra i samma kontorslandskap eller avdelning underlättar samverkan genom att kommunikationen inte blir en ytterligare omständlig belastning för den enskilde medarbetaren. Detta är även tid- och kostnadseffektivt då det skapas möjlighet att ge fler individer snabbare stöd och dubbelarbete minimeras. Att sitta nära varandra skapar även närmare relationer, eller så kallad personkemi, vilket även är viktigt för att ha ett team med god samverkan (Thylefors 2007). Kopplat till de organisatoriska fälten som ska samverka kring samsjuklighet kan detta både skapa fördelar och nackdelar. Perspektiven på det rätta handlandet, alltså vården, som de professionella i samverkan har kan skapa ett helhetsperspektiv men även konflikter. Här påtalade dock Basic (2012) att den personliga relationen kan vara det som dämpar konflikten och gynnar det gränsöverskridande samarbetet. Vidare kan den normativa isomorfismen även påverka samverkan mellan kommun och region då det finns en personalomsättning som rör sig mellan de organisatoriska fälten. Därmed skapas en homogeniseringsprocess där en samsyn på hur samsjuklighet bland unga bör hanteras. Personalomsättning mellan olika organisatoriska fält såsom mellan socialtjänsten och psykiatrin kan dock även knyta fler kontakter och producera fler nära relationer kollegor emellan vilket bidrar till en bättre samverkan.

6.4 Ansvarsfördelning

Ett återkommande tema är den ansvarsfördelning som finns mellan kommun och region där kommunen ansvarar för vård av beroendeproblematik och att regionen ansvarar för vård av psykisk funktionsvariation. Flera gånger påtalades det av både utredare och behandlare vad som är deras huvudsakliga uppdrag men även vad det uppdraget inte innefattar. Nedan kommer ett resonemang kring ansvarsfördelningen och precis som avsnittet om resurser kommer även dessa delas upp i underkategorier.

Otillräcklig kompetens?

Tre av fyra behandlare tar upp att barn- och ungdomspsykiatrin till viss del saknar erfarenhet, kompetens men även rutiner kring beroendeproblematik vilket försvårar psykiatrins arbete vid till exempel utredningar. Det blir svårt att avgöra om de symtom som ungdomen påvisar är på grund av substansbruk, abstinens eller faktiska symtom på psykiatriska diagnoser. Detta leder dock till att man puttade dem fram och tillbaka eftersom socialtjänsten inte kan hjälpa

ungdomen på grund av den psykiska problematiken och psykiatrin kan inte hjälpa ungdomen på grund av den pågående beroendeproblematiken:

“Vi kan inte lösa den här personens missbruksproblematik för att det finns psykisk ohälsa och psykiatrin i sin tur säger att vi kan inte arbeta med psykisk ohälsa för det finns ett missbruk, och så blir det lite sådär att vi puttar dom fram och tillbaka bara och ingen kommer nånstans.”

- Utredare 1

Genom att verksamheter arbetar utifrån ovanstående problematiska uppdelning kommer unga med kombination av både beroendeproblematik och psykisk ohälsa att fortsätta hamna mellan stolarna. De samverkande verksamheterna talar på samma sätt kring att samverka och har riktlinjer för detta men genom att inte göra något avvikande för att hantera den bristande samverkan förblir de lika. Med den nyinstitutionella teorin menar man att den starkaste verksamheten är den som styr och har störst makt att förändra. Men om socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin görs lika och uppfattas lika av omgivningen måste förändringar ske genom samverkan och samsyn på det gemensamma målet. Homogeniseringsprocessen kan i detta fall ses som ett upprätthållande av en ineffektiv samverkan och vård av unga med samsjuklighet. På detta sätt kan problemet med samverkan mellan verksamheterna ses som ett icke-självständigt handlande då varken den ena eller den andra verksamheten gör sig starkare än den andra. Det sätter hinder för att skapa nya vägar för en bättre samverkan. Förutom att göra sig starkare krävs det dock både resurser och förändrade riktlinjer som styrs av en tvingande isomorfism för att kunna göra detta.

Rutinkrock

Synen på ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen varierar mellan positiva och negativa åsikter. Majoriteten menar att uppdelningen är nödvändig eftersom varje verksamhet har sin egen expertis. En enskild verksamhet beskrivs att inte ha hela lösningen och kan därför inte stå för hela det ekonomiska ansvaret vilket gör att man måste förlita sig på ett etablerat samarbete med de andra verksamheterna. Svårigheterna med uppdelningen är just när problematik ligger på båda huvudmän och blir en ekonomisk fråga där man bollar brukaren mellan verksamheterna. Detta händer just för att klienten hamnar i ett mellanläge där

socialtjänsten och psykiatrins skilda rutiner och lagstiftningar styr. Psykiatrin ställer krav på att ungdomen ska vara drogfri under en viss tid och måste därför lämna ett visst antal negativa urinprov innan man tar emot dem så ansvaret läggs över på socialtjänsten igen:

”[...] till exempel BUP som har haft nån ungdom som kanske mår jättedåligt, har börjat med cannabis för och självmedicinera och då har dom som krav att nej men du behöver vara drogfri i tre månader och visa tre negativa drogtest innan du kan komma tillbaks till oss och då läggs det liksom bara över, att vi måste jobba med missbruket och det är jättesvårt att göra det när dom mår dåligt” - Utredare 3

Detta exempel synliggör brister i brukarperspektivet och hur de olika organisatoriska fältens riktlinjer sätter individen i kläm. Genom att förena beroendeproblematik och psykisk ohälsa istället för att arbeta utifrån två separata problemområden hade man kunnat skapat ett förenat organisatoriskt fält kring samsjuklighet. Med ett gemensamt organisatoriskt fält kan rutiner överlappa varandra med förenade resurser.

Förståelse

En faktor som krävs för en fungerande samverkan mellan verksamheter var kunskap om varandras verksamheter och rutiner. Brist på kunskap om varandra var något som flera av intervjupersonerna angav som hinder i det samverkande arbetet kring unga med samsjuklighet. Intervjupersoner på socialtjänsten önskade en högre kännedom om deras rutiner och hur forskningen ser ut gällande placeringar. En utredare menade att kunskap om varandras verksamheter skapar tydlighet för alla samverkande parter:

“[...] för vissa ungdomars ärenden kan det kan vara barnhabilitering, LSS, BUP och skola också. Då är det så bra att sitta, även för familjen tänker jag, och även för oss andra professionella och få höra, vad gör de på barnhabiliteringen och hur går det där och vad ser de och vad gör de på LSS och vad kan vi göra och vad kan ni göra och att det blir väldigt tydligt och det tänker jag är väldigt bra för familjen och ungdomen” - Utredare 3

Även tidigare forskning visar att okunskap om varandras verksamheter och rutiner ett hinder för samverkan. Homogeniseringsprocessen är problematisk i detta fall då samverkan ofta är

någonting som sägs bedrivs av verksamheterna. Men om kunskapen om varandra brister kan inte en fungerande samverkan bedrivs eftersom föreställningarna om varandra istället genomsyrar samarbetet. Eftersom resultatet av studien tyder på att både socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri upplever varandra som överbelastade och otillgängliga kan lätt konflikter mellan verksamheterna skapas på grund av egna föreställningar om vad som egentligen görs och inte görs. Om ökad kännedom om varandras verksamheter och arbetsuppgifter funnits hade en förståelse för varandra eventuellt funnits.

En behandlare beskriver hur sin kunskap om socialtjänstlagen påverkar samverkan med socialtjänsten då hen upplever att hen måste vara extra påläst för att kunna kräva patientens rättigheter på grund av sin utbildningsbakgrund:

“Jag upplever också att en utmaning för mig i min yrkesprofession som inte har socionomexamen att jag måste kunna mycket för att kunna stå upp och kunna trycka på min patients rättigheter gentemot socialtjänstlagen. Och att man inte alltid är så givmilda med att berätta vad man har rätt till eller möjligheter att få via socialtjänsten [...] - Behandlare 2

Även här belyses kunskapen kring varandras verksamheter och riktlinjer som viktig då det kan vara avgörande för den enskilde patienten enligt intervjupersonen. Likt den tidigare forskningen som Basic (2012) bedrivit kan detta stå i linje med den stridslystenhet samt försvar av sitt organisatoriska revir som hans resultat tydde på. Att visa förståelse för varandra genom att dels vara insatt i varandras verksamheter men även genom att ha en vilja att hjälpa varandra hade kunnat skapa bättre förutsättningar för en fungerande samverkan mellan verksamheterna i de olika organisatoriska fälten.

6.5 Samfinansiering

Våra resultat pekar på att det varken finns tillräckligt med tid eller pengar samtidigt som de insatser som erbjuds hos socialtjänsten ska vara både snabba och kostnadseffektiva. Men socialtjänsten kan inte erbjuda insatser för psykisk ohälsa för det ligger hos psykiatri så även om man vill erbjuda behandling blir det återigen en kostnadsfråga. En av utredarna beskriver en nedläggning av deras egen öppenvård där de tidigare har beviljat insatser.

“Absolut, det kommer bli mer kostsamt för man kommer behöva köpa de tjänsterna och psykiatrin kommer inte mäkta med, de går redan på knäna som jag ser” - Utredare 2

Om samfinansiering hade varit en naturlig rutin hade verksamheterna kunnat överlappa varandra vilket hade varit hjälpsamt för alla samverkande parter. Det hade förenat verksamheterna i ett gemensamt organisatoriskt fält och individer hade inte hamnat mellan stolarna i samma utsträckning.

En annan utredare beskriver att det inte finns anpassade insatser för unga med samsjuklighet och att de insatser som finns tillgängliga är inte heltäckande för den unges problematik. Därav begränsas vården eftersom man inte vill stå med flera insatser på samma gång då det innebär dubbla kostnader. Det är ett kortsiktigt perspektiv då dessa klienter riskerar att senare i livet istället ha kontakt med vuxenheten för samma verksamhet. Även en behandlare påtalar problematiken med icke-anpassade insatser för samsjuklighet där behandlaren uttrycker att även om man har gemensamma mål för ungdomen vill man ändå testa sig fram med olika insatser:

” [...] ja, tre månader är väl utredningstiden, det kan man tycka inte är jättelång tid men är man 14 år och i ett missbruk så är tre månader väldigt lång tid. Det händer väldigt mycket och jag känner att den tiden har man inte riktigt att förspilla på ett barn för det är det handlar om [...] sen gör man en frivillig placering på ett HVB hem, det strular, det funkar inte, det tar lång tid innan man agerar och bryter [...] då tänker jag att om man hade varit en organisation under ett gemensamt paraply så hade det gått fortare. Det är inte dina och mina pengar, det inbillar jag mig, eller jag vill tro att det är så ialla fall.” - Behandlare 2

Även här påtalas gynnsamheten med ett och samma fält i arbetet kring samsjuklighet. Med en förenad verksamhet hade anpassade insatser för samsjuklighet kunnat ges av både psykiatrin och socialtjänsten och att ett kunskapsutbyte hade varit naturligt. Vidare hade det tvärprofessionella teamet med helhetsperspektivet kunnat breddats liknande Maria Skåne vilka enligt våra resultat har ett fungerande samarbete trots olika arbetsgivare. Problematiken tycks ligga i en resursfråga där en gemensam budget hade kunnat vara lösningen, alternativt en samfinansiering.

Två utredare har erfarenheter av samfinansiering och beskriver hur både kommun och region går in och bekostar en insats för en individ som är aktuell i båda verksamheter. Den ene utredaren beskriver en tydligt positiv bild för hur samfinansiering har gett en lämplig insats för individer med samsjuklighet. Denna typ av insats är dock fortfarande så pass ny att utredaren beskriver att det kan ta flera månader innan insatsen beviljas eftersom sådana här ärenden är så komplexa. Hen poängterar att det finns större behov av samverkan vid samsjuklighet men att förutom samfinansiering vid de här ärendena finns det nog ingen bra insats:

“Ja, jag tror det hade varit jättebra, eller att dom alla fall kan hjälpa till, vi har ju fått igenom ärenden där men kanske att dom kan hjälpa till med det ännu mer, när är det lämplig att göra det för det är kanske inte i alla ärenden, men vissa ärenden så är det, mycket 50/50 och då [...] att dom kan vara behjälpliga med nån form av samordnande enhet då, ja det tror jag hade varit bra” - Utredare 3

Gemensamt för våra intervjupersoner var att man lyfte en alternativ lösning i form av en samordnande tjänst eller enhet där kunskap kring både socialtjänsten och psykiatrin fanns. Detta menade man kan vara en enhet där man kan bevilja insatser utifrån gemensamma resurser eller en samordnande tjänst för respektive verksamhet där man arbetar gränsöverskridande. Samordnaren som alternativ lösning skulle ha kunskaper om alla samverkande verksamheter och har som ansvar att hantera frågor som rör verksamheterna emellan. Detta påtalas även av Ek, Isaksson och Erikssons (2017) studie där det framhävs av intervjupersonerna vikten av att kunna ringa och rådfråga vid bedömningen av ett ärende. En gränsöverskridande tjänst eller enhet med ansvar för samordning och tillgänglighet hade kunnat erbjuda detta.

6.6. Övergång och eftervård

Någonting som är unikt för denna typ av målgrupp är övergången från barn- till vuxenvård, både inom socialtjänsten och psykiatrin. Både utredare och behandlare lyfte att övergången inte var optimal för ungdomen och en övergång på både socialtjänsten och inom psykiatrin kan vara överväldigande för ungdomen. Man beskriver att man på socialtjänsten är generösare på ungdomsenheten jämfört med vuxenenheten och de berättar hur de aktivt arbetar med att förbereda ungdomarna inför deras 18 årsdag. En annan berättar att de har som rutin att ungdomarna lämnas över till vuxenenheten ett halvår innan de fyller 20 år. De menar att samverkan inte är bra och att den endast förekommer till viss del. Inom psykiatrin beskriver en behandlare att vuxenpsykiatrin gör nya bedömningar, tar bort diagnoser och utesluter familjen efter övergången. Trots det gör man försök att hänga kvar i övergången:

“[...] att vi kan följa med vid övergången, även att vi finns med och slussas ut till de har etablerat den kontakten eller med vuxenpsykiatrin, så saker och ting är lite på plats innan vi släpper” - Behandlare 1

Problematiken med övergångar från barn till vuxen är att den kräver en samverkan inom det gemensamma fältet. Enligt den mimetiska isomorfismen innebär det att verksamheternas imitation av varandra gör att de inte behöver lägga resurser på att hitta egna lösningar. Samtidigt finns där en normativ isomorfism där vuxenvården ser på det rätta handlandet på ett annat sätt än barnvården. Den problematiska övergången ses i samma linje som Basics (2012) studie där det kan föreligga ett behov av att framhäva den egna kompetensen och skydda sitt organisatoriska revir där den andra verksamheten kan anses ha mindre kompetens.

7. Avslutande diskussion

Detta avsnitt kommer börja med en kort sammanfattning av denna studie och dess syfte. Efterföljande kommer en diskussion kring analysen med kopplingar till studiens frågeställningar för att sedan avslutas med reflektioner kring denna uppsats.

Syftet med denna studie har varit att förstå hur professionella i kommun och region samverkar i de organisatoriska fälten kring samsjuklighet bland unga. För att förstå detta intervjuade vi verksamma inom socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri och Maria Skåne mottagningar. Våra resultat pekade främst på resurser och ansvarsfördelning som de två faktorer som påverkade samverkan både positivt och negativt. För att lättare sammanfatta studiens resultat har vi valt att dela upp dessa utifrån våra frågeställningar.

Hur uppfattar de professionella rutinerna i arbetet kring samsjuklighet bland unga?

Faktorerna som är de mest avgörande för hur samverkan kan te sig är som ovan nämnt resurser och ansvarsfördelning. Det uttrycktes en uppfattning om att båda faktorer styrs utifrån den rådande politiken där fördelningen av resurserna föds ur de förklaringsmodeller som finns kring samsjuklighet. Den genomsyrar sedan vården av brukarna som är drabbade av både beroendeproblematik och psykisk ohälsa. Ansvarsfördelningen resulterar i en rutinkrock där varje verksamhet har sin egen expertis, ansvarsområde och rutiner som försätter brukaren i kläm. De olika verksamheternas rutiner i arbetet med samsjuklighet bland unga är beroende av den styrande politiken samt vilka möjligheter det finns för samverkan.

Hur uppfattar de professionella att kunskap påverkar samverkan mellan organisationerna?

Smidigare metoder för kunskapsutbyte kan underlätta samverkan men för att ett kunskapsutbyte ska vara beständigt måste det finnas en respekt och ödmjukhet för varandras kompetenser men även en vilja att lyssna på varandras expertis. Eftersom samsjuklighet

kräver en samverkan mellan olika professioner är uppfattningen att en öppenhet för varandra måste vara en grundläggande byggsten. Men även många upplevelser av organisatoriskt eller professionellt revirtänk med risk för pajkastning beskrivs. Kunskap och förståelse för varandras verksamheter och styrande rutiner uttrycktes som en framgångsfaktor för det samverkande arbetet. Uppdelningen av vården uppfattades särskilja kompetenserna där psykiatrin inte har tillräcklig kunskap om beroende och socialtjänsten brister i att hantera den psykiska ohälsan vilket har en negativ påverkan på samverkan mellan verksamheterna.

Hur förstås det samverkande förhållningssättet inom organisationerna?

Förutom kunskap och förståelse för varandras verksamheter så beskrevs även en geografisk närhet som en framgångsfaktor för samverkan. Detta berörde främst samverkan inom organisationer men gällde även mellan olika enheter. Möjligheten att kunna samverka under samma tak kunde vara avgörande för personliga kontakter där relationerna beskrevs underlätta samverkan. Personliga kontakterna förstods som en viktig byggsten i det samverkande förhållningssättet. Personalomsättning i det fallet kan ha en i positiv utkomst då de personliga kontakterna kan produceras mellan verksamheterna.

Samverkan i de tvärprofessionella teamen som består av olika professioner och kompetenser kan lättare fånga det eftersträvade helhetsperspektivet och vården effektiviseras. På det sättet kan man fånga upp unga som faller mellan stolarna vilket Maria Skånes mottagningar beskrevs göra. Maria Skåne är ett exempel på ett interprofessionellt team som utmärks av både god intern och extern kommunikation där samsyn och delat ansvar dominerar arbetet.

Övergången mellan barn- och vuxenvård är unik för denna målgrupp och den ställer ytterligare krav på en fungerande samverkan inom organisationer. Resultaten tyder på att övergången inte fungerar som den bör idag och verksamheterna inom samma organisation arbetar olikartat kring vården. Problemet kan fångas upp av Maria Skånes mottagningar eftersom de kan följa den unge upp till 25 års ålder. Det i sig kan skapa en överbrygning och trygghet för ungdomen som får en parallell kontakt som hänger kvar.

Hur förstås det samverkande förhållningssättet mellan de olika organisationerna?

En vilja att samarbeta i högre grad finns men hindras av de begränsade resurser som exempelvis tid. Tidsbristen och den höga belastning som ligger på de professionella skapar en svårighet att kommunicera både inom som mellan verksamheter. Tiden ska inte bara fördelas på att samverka utan tid ska även användas till att skapa och etablera en god kontakt med brukaren. På grund av tidsbristen uppstår en frustration mellan verksamheterna vilket gör uppdelningen i vården ännu tydligare då det resulterar i ett *vi och dem*-tänk. Det förstärker även den redan bristande kommunikationen och försvårar möjligheter och motivation att hitta andra metoder för gränsöverskridande samarbete. Därav ett försämrat samverkande förhållningssätt mellan organisationerna.

Eftersom resultaten pekar på bristande resurser och problematik i ansvarsfördelningen kan en möjlig lösning ligga i samfinansiering. Genom samfinansiering kan samverkan underlättas då det inte är en enskild verksamhetsbudget som blir påverkad och vården blir inte reducerad till en kostnadsfråga. Vidare kan en mer lämplig insats för samsjuklighet bland unga erbjudas då bådas expertis går in med samma ansvar och intresse. En annan lösning på problematiken beskrivs skulle kunna vara en gemensam samordnare som arbetar gränsöverskridande och finns tillgänglig med kompetens om respektive verksamheter.

Avslutande reflektion

Någonting som vi funderade kring under kodningsarbetet var skolans perspektiv på det samverkande arbetet kring den aktuella målgruppen. Det hade kunnat bidra till en intressant diskussion av problematiken att höra hur professionella inom skolväsendet upplever samverkan med de aktörer vi intervjuade. Tanken slog oss eftersom många av våra intervjupersoner beskrev skolan som en verksamhet som var lätt att samverka med. Skolan har ingen behandlande eller utredande roll men spenderar mycket tid med dessa unga vilket hade kunnat ge värdefull information till vår studie.

Det finns mycket forskning som har identifierat vad som både hindrar och främjar samverkan. Vår studie bekräftar mycket av det som redan finns i tidigare forskning vilket tyder på att vi behöver nya sätt att se på och utföra samverkan. Vår förhoppning är att denna studie ska uppmuntra och motivera till just det. Sammantaget har detta arbete varit väldigt givande och vi har fått en bra inblick och god förståelse i hur verksamheter kan samverka med varandra.

När vi började detta arbete visste vi inte vad Maria Mottagningar var för verksamhet vilket vi nu i efterhand kan anse vara värdefull kunskap som vi kan ta med oss vidare ut i arbetslivet som socionomer.

8. Referenslista

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

Blom, Björn & Ove Grape (2006) Nyinstitutionalism - teori med stor potential. I: Ove Grape, Björn Blom & Roine Johansson (red.). *Organisation och omvärld: nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, Suzanne (2004). *"Ju mer vi är tillsammans": mångprofessionellt teamarbete i vården*. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Malmö: Liber.

DiMaggio, Paul J & Walter W. Powell (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48 (2): 147-160.

Dunér, Anna och Maria Wolmesjö (2015) Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work*, 18 (3): 354–369.

Ek, Hans, Joakim Isaksson och Rikard Eriksson (2017) Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 24 (1): 59–77.

Eliasson, Benitha (2010). *Konsten med samverkan: från idéer till praktik*. Licentiatavhandling Luleå: Luleå tekniska universitet.

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

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

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

Inspektionen för Vård och Omsorg (2016) *Samverkan för patienters och brukares välbefinnande - Missbruks- och beroendevården*. Stockholm: Inspektionen för Vård och Omsorg.

Johansson, Roine (2006) Nyinstitutionell organisationsteori - från sociologi i USA till socialt arbete i Sverige. I: Ove Grape, Björn Blom & Roine Johansson (red.). *Organisation och omvärld: nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (2019) Etik i forskning och etiska dilemman. En introduktion. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman*. Andra uppl. Malmö: Gleerups.

Linde, Stig & Kerstin Svensson (2013) Bokens ärende. I: Stig Linde & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter: människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber.

Meyer, John W & Brian Rowan (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83 (2): 340–363.

Region Skåne (2019) *Vårt uppdrag inom hälso- och sjukvård*.

[<https://www.skane.se/organisation-politik/Vart-uppdrag-inom-halso--och-sjukvard/>. Hämtad: 2020-02-21].

Region Skåne (u.å) Psykiatri Skåne. Maria Mottagning Malmö.

[<https://vard.skane.se/psykiatri-skane/mottagningar-och-avdelningar/mottagning-maria-malmo/> Hämtad: 2020-02-14].

Region Skåne (u.å) 1177 Vårdguiden. [[https://www.1177.se/Skane/hitta-
vard/?caretype=BUP&lat=&lng=&s=name](https://www.1177.se/Skane/hitta-vard/?caretype=BUP&lat=&lng=&s=name) Hämtad: 2020-02-14].

SFS 2001:453, Socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen (2013) *Samverka för barn bästa - en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014) *Anmäla oro för barn. Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017) *Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson & Leili Laanemets (2008) *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur.

Svensson, Peter och Göran Ahrne (2015) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Sveriges Kommuner och Landsting (2018) *Handlingsplan mot missbruk och beroende*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Thylefors, Ingela (2007) »Babels torn« - tvärprofessionella team. I: Ingela Thylefors (red.) *Arbetsgrupper: från gränslösa team till slutna rum*. 1. utg. Stockholm: Natur och kultur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Åström, Therese, Ulla Jergeby, Anna-Karin Andershed & Anders Tengström (2013)

Social workers' assessments of needs and interventions for adolescents with substance misuse problems, criminal behaviour and mental health difficulties: a vignette study.
European Journal of Social Work, 16 (5): 635-650.

9. Bilagor

I detta avsnitt visas den intervjuguide som användes av oss under våra intervjutillfällen och informationsbrevet som skickades ut till våra intervjupersoner. Efterföljande kan ni se den samtyckesblankett som samtliga intervjupersoner skrev under.

9.1 Bilaga 1 Intervjuguide

Bakgrund

- 1) Ålder?
- 2) Kön?
- 3) Utbildning?
 - a) Befattning/ yrkestitel?
- 4) Arbetslivserfarenhet
 - a) Inom området
 - b) På aktuell mottagning/ avdelning
- 5) Vilken målgrupp och åldersgrupp vänder ni er till?

Samsjuklighet bland unga

- 1) Möter du samsjuklighet det dagliga arbetet?
 - a) Hur skulle du beskriva det?
 - b) Hur kommer ni i kontakt?
- 2) Socialt eller medicinskt problem?

Olika huvudmän

- 1) Missbruk och psykisk ohälsa är uppdelat mellan socialtjänsten och psykiatrin, hur ser din erfarenhet ut av vården av unga med samsjuklighet i relation till denna uppdelningen? a) Ser du fördelar kontra nackdelar i den uppdelningen?

Samverkan

- 1) Hur skulle du beskriva samverkan?
- 2) Hur skulle du beskriva syftet/ målet med samverkan?
- 3) Har du erfarenheter av bättre respektive sämre samverkan? Vill du berätta mer?

Inom organisationen

- 1) Finns erfarenhet av samsjuklighet i organisationen?
 - a) Hur uttrycks det?
- 2) Hur skulle du beskriva samverkan på din arbetsplats?
 - a) Skiljer sig samverkan beroende på ärende av dubbeldiagnos respektive enkel diagnos?
- 3) Vad hindrar respektive främjar samverkan på din arbetsplats inom organisationen?

Mellan organisationer

- 2) Typiskt ärende i samverkan med andra organisationer
 - a) Skiljer sig samverkan mellan verksamheter/ specialistverksamheter?
- 3) Vad är din erfarenhet av samverkan mellan organisationer?
- 4) De största utmaningarna med samverkan mellan organisationer?

Insatser

Värdet av insatser

- 1) De vanligaste insatserna
 - a) Hur fungerar dem?
 - b) Finns det insatser/behandlingsmetoder som du upplever är bättre än andra?
 - c) Finns det insatser/behandlingsmetoder som du upplever är bättre men som ni inte använder er av?

Krav

- 1) Särskilda krav på ungdom med dubbeldiagnos jämförelsevis med enkeldiagnos?
- 2) Möjligheter för den unge att påverka/ eller ställa krav på insats?
- 3) Anser du att du kan påverka de insatser som ges?
- 4) Finns det några särskilda krav på dig som professionell i arbetet med samsjuklighet?

Mål

- 1) Vad är målet med insatserna?
- 2) Organisationens mål kontra dina mål?
- 3) Resurser för dubbeldiagnoser kontra resurser för enkeldiagnoser?

Tid och ålder

- 1) Påverkas insatserna av hur länge de varit aktuella hos er?
 - a) På vilket sätt?
- 2) Påverkar klientens/patientens ålder de insatser som erbjuds?
 - a) På vilket sätt?
- 3) Finns det några särskilda fördelar att aktualiseras i tidig ålder jämförelsevis sen ålder?
- 4) Ofta talas det om att tidiga insatser är avgörande, hur ser du på detta kopplat till kombinationen missbruk och psykisk bland unga?

Samverkan och dess påverkan

- 1) Har du erfarenhet av samverkan inom och mellan organisationer som påverkar de insatser som ges? Vill du beskriva detta?
- 2) Finns det ett större behov av samverkan inom och mellan organisationer i ärenden som rör samsjuklighet?

Professionellas gränsland

- 1) Mycket av det vi har frågat om förutsätter att klienten har blivit dubbeldiagnosticerad men händer det att du stöter på ungdomar som lider av samsjuklighet men som officiellt sätt bara har en diagnos?
 - a) Vad gör man i ett sådant läge?

- 2) Enligt anmälningsskyldigheten måste man som yrkesverksam (inom organisationer där arbete med barn förekommer) anmäla till socialtjänsten om ett barn (under 18 år) testar positivt på ett drogtest, det gör att det är lätt att dokumentera ett eventuellt risk- eller missbruk. Man har dock inte samma skyldighet att anmäla psykisk ohälsa. Har du några tankar kring detta?
- 3) Det finns verktyg för hälso- och sjukvården att undersöka eventuell samsjuklighet.
 - a) Har socialtjänsten liknande verktyg? Vad kan socialtjänsten annars göra? (soc)
 - b) Vad är din syn på det? (kommer omformuleras för soc och BUP separat)

9.2 Bilaga 2 Informationsbrev

Informationsbrev till intervjustudie

Vi är två studenter som går sjätte terminen på socionomprogrammet i Lund och vi håller just nu på med vår kandidatuppsats. Vi har valt att undersöka kombinationen missbruk och psykisk ohälsa bland unga och har därför valt att ta kontakt med professionella inom barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst och Maria Skånes mottagningar.

Vi önskar en intervju med dig, som professionell inom barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten eller Maria Skåne, med ett eventuellt uppföljningssamtal över telefon vid behov. Syftet med denna intervju är att undersöka just dina erfarenheter i arbetet av kombinationen missbruk och psykisk ohälsa bland unga, även kallad samsjuklighet eller dubbeldiagnos. Vi kommer att spela in samtalet för att kunna bearbeta materialet på ett sätt för att få fram ett så korrekt resultat som möjligt. Vi kommer sedan spara detta material fram tills att kandidatuppsatsen är examinerad då examinator kan begära att ta del av råmaterialet. När uppsatsen är examinerad kommer inspelningen att raderas tillsammans med transkriberingar.

Dina svar kommer att vara avidentifierade och kodade i vårt arbete. Den information som kommer framgå är vilken instans du arbetar inom och/ eller din yrkestitel. Alla uppgifter kommer hanteras konfidentiellt och kommer inte lämnas ut till annan part än de studenter som genomför denna studie med undantag för handledare och eventuellt examinator. Resultaten kommer sedan att publiceras offentligt på Lunds universitets plattform samt examineras muntligt. Om du önskar att få ta del av resultaten så kan ni kontakta oss så skickar vi dessa till dig.

Att delta i denna studie är helt frivilligt och du kan närsomhelst välja att avbryta utan särskild anledning. Du kan även neka till att samtalet spelas in men vi önskar att poängtera att det kan påverka det slutgiltiga resultatet.

Vid frågor är du välkommen att kontakta oss.

Malin Svensson
073 527 20 42
ma1052sv-s@student.lu.se

Nathalie Helmer
072 727 57 77
na8852he-s@student.lu.se

Handledare
Mikael Sandgren
mikael.sandgren@soch.lu.se

9.3 Bilaga 3 Samtyckesblankett

